UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940 — N° 309

PROLAPSUS UTÉRINS IRRÉDUCTIBLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Mention « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Décembre 1939

PAR

Izydor SPUNBERG

Né à Tarnopol (Pologne), le 27 Juin 1913

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président*

WANGERMEZ, professeur ..... *Juges*

FAUGÈRE, agrégé ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1939

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0065

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940 — N° 309

PROLAPSUS UTÉRINS IRRÉDUCTIBLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Mention « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 22 Décembre 1939

PAR

Izydor SPUNBERG

Né à Tarnopol (Pologne), le 27 Juin 1913

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président*

WANGERMEZ, professeur ..... *Juges*

FAUGÈRE, agrégé ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — **ASSESSEUR** : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT
Clinique chirurgicale	PAPIN
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	N...

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Physiologie	FABRE
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto stomatologique	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY, CHARRIER (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIECHAUD, DELMAS-MARSALET, DE GRAILLY, FONTAN, BROUSTET, DERVILLEE, SARIC, DUBARRY

	MM.
Chirurgie générale	LOUBAT, MASSÉ, DARGET, MAGENDIE, POUYANNE
Obstétrique	RIVIÈRE / MAHON
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA
Physique médicale	AURIAC
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY
Accouchements	RIVIÈRE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Médecine légale	DERVILLEE
Urologie	DARGET
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI

	MM.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	PETITEAU

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... N...

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES GRANDS-PARENTS

A MA BELLE-MÈRE

AUX FAMILLES DESHAYES ET SALESSE

Avec notre amitié sincère et notre affectueuse reconnaissance pour tout ce qu'elles ont fait pour nous pendant nos études et en ces moments pénibles.

A MES CAMARADES

A MES AMIS DU « FOYER POUR TOUS »
ET A SON CHARMANT DIRECTEUR M. SABOT

A MES MAITRES DES FACULTÉS DE ROUEN
ET DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Pour l'accueil et la manifestation de sympathie qu'il nous a témoignés. Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous fait d'être parmi les Juges.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAUGÈRE

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE PUÉRICULTURE

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Pour les leçons d'obstétrique dont la clarté et le côté pratique nous permettent d'exprimer notre admiration pour sa vie de praticien et de professeur.

Qu'il veuille bien trouver ici notre hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WANGERMEZ

PROFESSEUR DE PHYSIQUE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE

RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX

CHEF ADJOINT DU SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE

ET DE CURIETHÉRAPIE AU CENTRE ANTICANCÉREUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

Vous nous avez encouragé par vos si belles leçons de physique, par les séances des interprétations radiographiques. Nous nous permettons de vous exprimer ici notre sympathie respectueuse et notre admiration pour votre enseignement.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Dont l'exemple restera toujours présent dans notre vie de praticien. Pour sa bonté paternelle, pour son accueil toujours cordial, pour sa compréhension, nous lui exprimons ici toute notre gratitude. Pour ses leçons chirurgicales si lumineuses, nous ne pouvons qu'ajouter notre faible part à de si nombreuses voix d'admiration de nos camarades.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Nous rédigeons ces quelques lignes en hâte. Le style militaire s'impose. Avant de rejoindre notre place dans l'Armée nous avons pour honneur et devoir d'exprimer ici tout l'attachement à notre seconde patrie, la France, ce pays de liberté, où actuellement les nations meurtries joignent leurs efforts pour la cause commune. Nous exprimons tout notre espoir en la victoire finale et le rétablissement des droits de l'homme et du citoyen dans les pays sauvagement occupés.

PROLAPSUS UTÉRINS IRRÉDUCTIBLES

INTRODUCTION - HISTORIQUE

« Il semble qu'après les travaux du siècle dernier on ne puisse attendre de nos contemporains que des recherches stériles sur les déplacements de la matrice. Mais dans une science où l'on se propose chaque jour d'approcher de la perfection, il se trouve toujours des observations nouvelles à faire, soit pour donner plus de valeur à des préceptes déjà connus, soit pour en établir de nouveaux. »

Ce passage extrait de « Remarques sur le prolapsus de l'utérus et de la vessie durant l'état puerpéral » *in Edinb. med. chir. Journ.*, avril 1834, et dont l'auteur est Roberton, nous semble la meilleure excuse de ce travail modeste, et de nos essais d'apporter quelques points nouveaux dans la question de prolapsus utérins.

Nous aurons aussi pour excuse dans notre débat de nous en tenir aux faits et aux documents de notre dossier. Celui-ci n'est pas très considérable; nous aurions désiré apporter un plus grand nombre d'observations inédites mais nous avons dû faire de larges emprunts aux thèses et mémoires déjà parus.

Il nous paraît ainsi nécessaire de réunir en quelques lignes les différentes phases par lesquelles a passé ce point de gynécologie.

Les auteurs anciens : Galien, Hippocrate, Aristote men-

tionnent ou décrivent d'une façon plus ou moins précise le prolapsus utérin irréductible.

De même le moyen âge, jusqu'à Ambroise Paré, ne nous apporte aucune connaissance.

« Velpeau » dans ses remarquables « Nouveaux éléments de médecine opératoire » cite l'observation de H. Saxonia qui raconte qu'une jeune domestique de Venise atteinte depuis plusieurs années d'un prolapsus irréductible fut tellement ennuyée de cette affection, qu'un beau jour elle « s'arracha » l'organe prolabé.

D'après Schnick, Paul d'Egine propose l'extirpation de la matrice contre les prolapsus irréductibles et regarde même cette opération sans danger. Il rapporte même un cas d'une femme opérée dans ces conditions et qui guérit (*in Observ. med.*, etc., Franfurth, 1600, lib. IV).

Tous ces faits ont été bien connus du grand chirurgien du XVI^e^ siècle, Ambroise Paré. Dans son travail intitulé « De la génération », il traite la question d'intervention dans le cas de l'irréductibilité de l'utérus prolabé.

Harvey, en 1737, rapporte un cas dans ses « Exercitationes de generatione animalium », page 301.

Oakley, médecin de Birmingham, propose déjà, en 1757, l'hystérectomie vaginale à une malade atteinte de prolapsus irréductible de l'utérus, compliqué de gangrène. Mais l'opération n'eut pas lieu.

D'autre part, dans le mémoire de Varnier on trouve quelques observations où la cause de l'irréductibilité de l'utérus a été les calculs vésicaux. Les observations sont celles de Fr. Rousset (1590), de Tolet (*in Journ. des Savants*, 28 juin 1700) qui ne peut réduire le prolapsus qu'après avoir pratiqué la taille, de Colot qui opéra une femme atteinte d'une pierre « monstrueuse » par sa grosseur, de Thomas White (1769), de Stöller (*Beobachtungen und Erfahrungen*, Gotha, 1777, 8^e^ S. 25) qui n'arriva à réduire les parties prolabées qu'après l'extirpation de trois pierres.

Une malade de Covan était atteinte d'un prolapsus irré-

ductible très ancien et sa vessie était une véritable carrière.

Birket (*in The Lancet,* 21 mai 1864, p. 579) et Cowper (*in Clinical Lectures,* vol. 9, 1867-68, p. 425) ont observé des cas analogues.

Enfin Varnier a recueilli dans le service de Th. Anger une observation qu'on peut rapprocher des précédentes.

Dans tous ces faits la cause unique de l'irréductibilité tenait à la présence des calculs, car le prolapsus fut aisément réduit après l'extirpation des pierres.

Une chose nous frappe à la lecture de ce résumé historique, c'est le nombre des observations anciennes, tandis que les cas cités par les auteurs modernes sont plus rares (voir chapitre des observations).

Nous l'expliquons en concluant avec Boeckel que « si la question n'est pas d'actualité, nous ne la croyons pas moins digne d'intérêt, car cette complication du prolapsus est en général fort douloureuse et aggrave le pronostic ». Pourquoi les chirurgiens de nos jours n'observent-ils que rarement de pareils cas ?

Tout simplement parce que les prolapsus sont mieux soignés qu'autrefois; le public, plus éduqué, vient consulter plus rapidement.

On voit moins souvent de ces prolapsus gros comme une tête d'enfant; un pessaire ou une opération appropriée en ont raison avant qu'ils aient atteint ce volume.

ETIOLOGIE

« Tout prolapsus non réduit tend à s'enflammer, à s'ulcérer, la stase veineuse provoque une irréductibilité temporaire; quant à l'irréductibilité définitive, elle est causée, » dit Legueu, « soit par des adhérences des culs-de-sac, soit par des altérations propres de l'utérus, des fibromes par exemple. »

Quoi qu'il en soit de la fréquence réelle de ces cas, il est un fait, c'est qu'ils ont été fort peu étudiés.

Les traités de gynécologie ou les traités classiques de chirurgie ne renferment que quelques lignes sur ce sujet ou bien même le passent complètement sous silence.

Après avoir parcouru nos observations, nous nous proposons de distinguer trois séries de causes de l'irréductibilité de l'utérus prolabé :

1° Causes mécaniques; 2° Causes inflammatoires.

Elles exigent une évolution plus lente avant d'arriver au stade définitif.

3° Dans certains cas cependant, l'irréductibilité est une conséquence d'un phénomène brusque, aigu, d'une sorte d'étranglement qui d'ailleurs peut se présenter sous deux aspects différents.

Notre schéma étiologique étant ainsi esquissé, l'analyse détaillée s'impose.

I. — *Causes mécaniques de l'irréductibilité de l'utérus prolabé*

En reprenant la fameuse comparaison avec les hernies, nous sommes dans le cas qui nous intéresse toujours en présence de l'utérus qui « a perdu le droit de domicile », et ce droit de réitération lui est défendu par des obstacles sur son passage.

Les observations qui signalent ce fait ne sont pas très nombreuses mais nous permettent néanmoins de passer en revue ces différents obstacles.

a) Les calculs vésicaux, dans une cystocèle, peuvent à eux seuls empêcher la réduction par leur nombre ou leur volume.

La preuve de cette cause nous est fournie par de nombreuses observations anciennes citées dans notre résumé historique.

Nous ajouterons une seule observation moderne, celle de

Boeckel (obs. XXI), qui est caractéristique pour l'illustration de cette cause.

L'auteur de cette observation prétend que « cette rareté relative est due à des causes multiples dont la principale provient du fait qu'on ne songe pas toujours à la possibilité de cette complication qui reste ainsi souvent méconnue. Cela tient à ce que la cystocèle peut par elle-même et sans lithiase amener des troubles urinaires, ou bien au fait que la présence de calculs peut ne donner lieu à aucun symptôme. Il est rare, comme le dit Varnier, qu'on examine à l'amphithéâtre les vieilles procidences de l'utérus, lorsque l'attention n'a pas été attirée sur elles pendant la vie par quelque phénomène insolite. Or dans le tiers des cas rapportés par cet auteur l'autopsie seule a révélé l'existence de pierres restées absolument latentes ».

b) Les tumeurs utérines ou parautérines peuvent jouer le même rôle d'obstacle à la réduction de l'utérus.

C'est le cas par exemple du fibrome utérin dans l'observation n° XXVIII, du kyste dermoïde dans l'observation n° XXIV.

L'ablation de ces tumeurs permet la réduction de l'utérus.

II. — *Causes inflammatoires de l'irréductibilité de l'utérus*

a) L'infection peut avoir son point de départ dans la muqueuse utérine. A la suite des poussées d'endométrite, l'inflammation peut se propager le long des enveloppes péritonéales et déterminer lentement une rétroversion adhérente. Le foyer infectieux peut même se localiser sous forme d'un bloc abcédé avec large infiltration au voisinage immédiat de l'utérus et créer une irréductibilité si douloureuse de l'utérus prolabé (obs. XXV).

Les annexes atteints par l'invasion microbienne qui n'est pas étrangère à l'organisation des adhérences, peuvent aussi

jouer un rôle fixateur pour l'utérus dans sa voie de rapatriement.

b) Les adhérences sont indiscutablement les causes les plus fréquentes de la fixation de l'utérus prolabé.

Un nombre important de nos observations s'explique par ce fait. Les adhérences évidemment péritonéales peuvent exister de toutes parts de l'utérus ou simplement sur une de ses faces en le fixant par exemple à la face antérieure du sacrum.

Les causes que nous venons d'énumérer exigent une évolution lente quelquefois insidieuse mais toujours progressive.

III. — *L'étranglement externe de l'utérus est au contraire un phénomène aigu, brusque*

a) Pour qu'il y ait étranglement il faut, en général, qu'il y ait à la fois une issue brusque de l'utérus et d'une tumeur qui fasse bouchon.

Cette tumeur peut être juxtautérine.

Cette tumeur peut être utérine, elle doit occuper le fond de l'organe, soit être plus ou moins pédiculée et mobile. Dans un cas comme dans l'autre on comprend que ces conditions soient indispensables pour permettre à la tumeur de rester habituellement seule dans le bassin ou d'en sortir brusquement avec l'utérus.

S'il s'agit d'une tumeur utérine c'est en général un fibrome pédiculé ou localisé au fond de l'organe (obs. XXVIII).

A titre de curiosité nous signalerons ici un cas d'étranglement d'un col sarcomateux à travers l'hymen chez une jeune fille de vingt-cinq ans. Cette observation (n° XXVII *bis*) présente un intérêt par sa rareté.

b) Il existe une autre forme d'étranglement de l'utérus prolabé qui entraîne généralement une irréductibilité temporaire pouvant être vaincue par un traitement médical ou le taxis.

Quelquefois cependant, et les observations XVI, XVII, XVIII, XX, XXIX viennent à l'appui de ce fait, l'œdème, l'infiltration ou l'engorgement de la partie prolabée de l'utérus rendent impossible toute tentative de réduction, laissant au chirurgien le rôle sauveur.

D'après certains auteurs il s'agit, dans ces cas, d'une congestion intense de l'utérus, suivie d'œdème inflammatoire.

Il est très probable que les ulcérations qui sont très fréquentes sur la muqueuse prolabée deviennent une porte d'entrée pour une infection. Cette infection causant l'inflammation amène un véritable étranglement de l'utérus au niveau de son insertion vaginale.

Nous terminerons ce chapitre par quelques causes lointaines et qui nous ont paru favoriser cet accident gynécologique.

Dans le passé de malades nous relevons souvent des affections gynécologiques qui, à la longue, par manque de soins entraînent la formation d'adhérences. Les travaux pénibles, les efforts ont été souvent à l'origine des phénomènes aigus de l'irréductibilité.

« Enfin le lever précoce — comme le souligne bien Bezier — est aussi à l'origine de l'évolution de cette infirmité. La femme se livre trot tôt à un travail physique fatigant, c'est ce qui explique la plus grande fréquence de ces accidents chez la femme du peuple. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE - PATHOGÉNIE

Nous n'avons pas la prétention de refaire ici, après celle qui a été faite par nos maîtres, une étude complète de l'anatomie pathologique du prolapsus.

Il nous suffira de résumer en quelques lignes ce qui est nécessaire pour la clarté du sujet, de décrire les lésions des parties prolabées, d'essayer d'approfondir les causes d'irréductibilité.

1° *Etude de lésions de la tumeur utérine prolabée*

L'utérus prolabé se présente en effet comme une véritable tumeur à la suite de changements secondaires dont il devient le siège.

La muqueuse devient rouge vineux, sèche, rugueuse, cutinisée au bout d'un certain temps; ses plis ont disparu.

La muqueuse adhérente perd toute souplesse et s'indure.

Elle présente des ulcérations atones et saignantes et surtout elle offre un épaississement œdémateux (Bezier) hypertrophique dû aux troubles circulatoires veineux et lymphatiques dans la partie prolabée.

Le col fortement hypertrophié, épaissi, ulcéré présente souvent des lésions d'endométrite catarrhale.

Trelat a insisté longuement sur les troubles de vascularisation qui surviennent dans les organes pelviens sous l'influence des déplacements. D'après le gynécologiste américain Emmet, les nouveaux rapports imprimés aux organes font obstacle principalement à la circulation veineuse pelvienne; de là des stases vasculaires, des dilatations, des congestions passives qui augmentent encore les désordres et modifient la vitalité des organes.

Ces phénomènes doivent avoir une certaine importance et expliqueraient les hémorragies fréquentes qui se rencontrent dans quelques cas et aussi les processus hypertrophiques dont nous venons de parler.

Nous trouvons ainsi une explication concernant l'étranglement de l'utérus prolabé et œdématié.

2° *Etude portant sur les lésions de voisinage*

a) Si les feuillets péritonéaux en contact avec la tumeur prolabée sont le siège d'une inflammation adhésive, l'organe procident sera irréductible. Les adhérences, ainsi que l'a montré Poirier (*Progrès médical,* 18 janv. 1893), ne contiennent guère de vaisseaux sanguins, mais en revanche elles présentent un réseau lymphatique qui n'est que le prolongement des réseaux du péritoine utérin.

« Pour saisir la formation des adhérences il faut savoir que le péritoine, qui, normalement, est humecté d'une très légère couche de liquide, possède, en cas d'inflammation, un pouvoir exsudatif marqué.

« Les adhérences résulteront donc d'un assemblage de fibrine enserrant dans ses mailles des éléments pathogènes.

« Lorsque le péritoine pelvien a déjà été le siège de poussées inflammatoires antérieures la tendance aux adhérences devient beaucoup plus marquée. » (Baillis).

b) La vessie est toujours déformée, en forme de bissac dont une partie reste dans la cavité pelvienne, dont l'autre extrapelvienne descend avec l'utérus et permet la stagnation de l'urine (cystocèle).

La rétention prédispose absolument, comme chez les vieux prostatiques, à l'infection des urines qui deviennent alcalines. Les phosphates se précipitent et voilà l'origine de calculs presque toujours phosphatiques dans la cystocèle.

Une autre cause de l'irréductibilité de l'utérus prolabé, celle par les calculs vésicaux, trouve ainsi son explication.

c) Le rectum est rarement entraîné.

Les entérocèles vaginales postérieures se voient quelquefois, constituant ainsi une véritable hernie susceptible d'étranglement et qui peut, en tous cas, devenir l'origine de difficultés et même d'accidents lors de la cure opératoire de prolapsus irréductibles.

SYMPTOMATOLOGIE - COMPLICATIONS

1° *Symptômes fonctionnels*

Ils consistent essentiellement en douleurs, troubles de la miction et gêne de la marche.

Les douleurs sont souvent intolérables, s'accompagnant de tiraillement dans les lombes, d'irradiation vers les aines.

Dans la station debout une sensation de pesanteur vient s'ajouter rendant ainsi la vie insupportable.

Ces douleurs sont accentuées surtout après de violents accès de toux, la station debout, ou la marche.

La pollakiurie et la cystite sont des troubles dominants de la miction.

La marche est très pénible et contraint la malade au repos.

Tous ces symptômes, contrairement à ceux des prolapsus réductibles, ne se calment pas par le décubitus dorsal et ne vont qu'en s'accentuant.

2° *Symptômes physiques*

Le prolapsus irréductible se présente sous l'aspect d'une tumeur volumineuse fort douloureuse par elle-même, faisant saillie en dehors de l'orifice vulvaire. La muqueuse vaginale sèche, d'une coloration violette-bleuâtre présente des ulcérations qui saignent facilement. Ces ulcérations peuvent être nombreuses, étendues, et devenir la porte d'entrée pour l'infection.

Ces plaies, au contact de l'urine sans cesse émise, augmentent encore les souffrances des malheureuses atteintes de cette infirmité.

Toute cette tumeur est irréductible même après des manœuvres de pression effectuées sous l'anesthésie.

Nous pouvons la comparer, avec le professeur Pozzi, à

« ces vieilles hernies qui ont perdu droit de domicile », et ajouter de notre part, rappelant une hernie étranglée par l'évolution et les complications possibles.

Les urines s'altèrent, deviennent troubles, filantes et chargées de phosphates. La pyurie colibacillaire est très fréquente. La stagnation de l'urine dans la partie prolabée de la vessie peut amener la formation de calculs.

Complications

Le prolapsus irréductible s'enflamme, s'étrangle et se sphacèle.

Les troubles urinaires peuvent prendre une importance sérieuse, les uretères dilatés par le tiraillement exposent à l'infection du rein, et l'urémie est une complication à redouter dans les prolapsus invétérés irréductibles (Feré, Boursier).

Il reste encore une autre complication qui nous occupera dans le chapitre suivant, c'est celle de la grossesse évoluant dans un prolapsus utérin irréductible.

GROSSESSE

Les observations concernant l'utérus prolabé gravide et irréductible sont exclusivement rares. Après des recherches minutieuses nous pouvons présenter dix cas auxquels nous ajoutons une observation inédite qui nous a été confiée par notre Maître M. le Professeur Guyot, pour laquelle nous le prions de trouver ici l'expression de nos remerciements les plus reconnaissants.

Ces onze observations impressionnantes et quelquefois embarrassantes pour le médecin sont d'autant plus curieuses que bien des fois l'accouchement arrive au terme et s'accomplit littéralement hors du bassin.

A titre d'introduction à ce chapitre nous nous permettons de citer une observation très ancienne qui appartient à Merclini, communiquée en 1685 dans le *Miscellanea curiosa sive, Epheridum medico-physicarum,* etc., dec. II, annus III, *Nirimbergæ,* p. 375 : Il s'agit d'une femme qui, atteinte de prolapsus utérin avant sa grossesse, devint enceinte, et fut délivrée de son enfant par une incision faite au col utérin par le chirurgien Brodman. L'enfant une fois extrait, l'utérus fut réduit quelques jours plus tard et maintenu par un pessaire.

« La grossesse », d'après Bezier, « peut être généralement considérée comme un moyen de guérison temporaire du prolapsus parce que le corps utérin remontant dans la cavité abdominale tire après lui le col, mais quand il y a un grand allongement du col, la partie inférieure de l'utérus peut rester hors de la vulve tandis que le corps remonte. Si cependant le prolapsus ne se réduit pas la grossesse ne tarde pas à s'interrompre vers le quatrième ou cinquième mois ». L'exactitude de cette évolution est confirmée par deux de nos observations (obs. I et XI).

A l'exception de ces deux cas nous trouvons dans nos observations, à notre grande surprise, une évolution de la grossesse non seulement au delà du terme fatidique de Bezier mais même un acheminement vers le terme. « Après un travail court et facile » l'enfant et la mère demeurent sains et saufs (obs. VIII).

Dans d'autres cas le prolapsus s'est produit soit vers la fin de la grossesse à la suite d'un effort ou d'une douleur expulsive, soit au cours du travail. Ces accidents rendant l'utérus irréductible n'empêchent pas d'achever l'accouchement après l'application du forceps ou des incisions du col. D'après nos observations nous pouvons donc distinguer deux ordres de faits :

1° L'utérus prolabé gravide devenant irréductible au début de la grossesse, l'avortement peut en être la conséquence; dans certains cas cependant le prolapsus aug-

mente, accompagné, il est vrai, de troubles de miction et de défécation, et s'achemine vers le terme.

Après la délivrance la réduction est presque toujours possible.

2° L'irréductibilité se produit soit vers la fin de la grossesse à la suite d'une issue de l'utérus gravide à l'occasion d'un effort, soit pendant la période de travail à l'occasion d'une forte contraction. Dans ce dernier cas quelquefois, il se produit un véritable étranglement avec phénomènes généraux, fièvre, infection, qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale (obs. X).

La forme qu'affecte l'utérus gravide prolabé est presque toujours celle d'un cône à grosse extrémité dirigée en bas. Harvey le comparaît à un scrotum de taureau, Hüter à une coupe, Percy Boulton à un pis de vache (Faivre).

Le diagnostic de la grossesse et la conduite à tenir dans le cas d'utérus prolabé irréductible trouveront leur place dans les chapitres correspondants.

DIAGNOSTIC

A. — *Le diagnostic positif comporte plusieurs points :*

1° La masse qui fait hernie à la vulve appartient-elle à l'utérus ?

La situation du col au pôle inférieur précise qu'il s'agit bien de l'utérus prolabé. Presque toujours l'absence du fond de l'utérus dans l'excavation pelvienne confirme le diagnostic.

L'état de l'utérus mérite d'être précisé avec soin. Si on ne trouve pas le fond il est facile avec l'hystéromètre de savoir jusqu'où il remonte; si l'hystéromètre s'enfonce au delà de 8 ou 9 centimètres c'est que le col est hypertrophié et allongé (Legueu).

2° L'utérus prolabé est-il réellement irréductible ?

L'irréductibilité peut être parfois passagère, elle est due alors à de la congestion ou de l'inflammation locale et disparaîtra après un traitement approprié. Delbet est d'avis « de ne pas se hâter de déclarer un prolapsus irréductible ». Quelquefois avec des manœuvres patientes, des pressions continues, des massages, des applications émollientes on diminue l'œdème, l'épaississement des tissus et l'on arrive souvent à réduire un prolapsus qui avait paru irréductible (*in* thèse de Lecompte).

D'après Pozzi si l'on éprouve des difficultés à réduire il faut patienter et ne pas user de force.

D'autrefois cependant malgré tout le prolapsus reste irréductible et non seulement il reste tel, mais il grossit de plus en plus.

3° L'utérus prolabé irréductible est-il gravide ?

« Le diagnostic de la grossesse est difficile au début. L'écoulement menstruel dans le prolapsus est moins régulier et le signe d'absence de règles perd grandement sa valeur.

« De plus, en dehors de la grossesse, l'utérus prolabé subit parfois une augmentation de volume qui peut induire en erreur. Il faut donc souvent attendre les signes de certitude pour affirmer la grossesse » (Bezier), à moins qu'un avortement spontané (obs. XI) ne vienne à l'appui du diagnostic.

4° Quel est l'état de la vessie et du rectum ?

La cystocèle accompagne fréquemment le prolapsus irréductible; on peut affirmer son existence lorsqu'une sonde introduite dans la vessie est sentie sous la paroi vaginale antérieure.

Il y a rectocèle quand, par le toucher rectal, le doigt poussé vers la paroi antérieure du rectum vient bomber en arrière de l'utérus. Cette dernière accompagne d'ailleurs rarement le prolapsus,

« Il est utile aussi de sonder la malade après la miction pour reconnaître la rétention partielle et voir si l'urine du bas-fond vésical est normale ou infectée » (Caffeau).

B. — *On peut confondre avec le prolapsus utérin irréductible :*

1° L'inversion utérine qui est plutôt exceptionnelle. Elle se produit soit brusquement au moment de l'accouchement sous l'influence de tractions du placenta, soit insidieusement. La surface de la tumeur est constituée par la muqueuse utérine congestionnée, d'aspect tomenteux.

La base de la tumeur est à la partie la plus déclive et son sommet situé du côté de la vulve correspond à un pédicule étroit.

« Par le palper abdominal on constate l'absence de l'organe. On constate la conservation des culs-de-sac et surtout l'absence du col à la partie déclive. Enfin les circonstances de l'accident sont un commémoratif important. » (Bezier.)

2° Le polype sphacélé par étranglement de son pédicule. « Il fait saillie à la vulve au bout de ce pédicule plus ou moins allongé, étiré, circonscrit par les lèvres du col » (Barthélemy).

3° Le prolapsus vaginal se reconnaît à sa forme régulièrement cylindrique, à ses plis transversaux et à ce que l'orifice utérin se perçoit plus ou moins profondément dans son orifice.

4° Un examen attentif évitera la confusion avec les kystes des grandes lèvres et du vagin.

5° « Les éléments différentiels avec l'hypertrophie du col sont difficiles à établir car, en effet, ces deux affections coexistent habituellement » (Bezier).

TRAITEMENT

A. — *Traitement des prolapsus irréductibles sans grossesse*

Toutes les tentatives pour réduire l'utérus prolabé s'étant montrées infructueuses, quelle sera l'attitude en face de cette tumeur gênante, souvent volumineuse, toujours douloureuse ?

La cure sera dictée par les causes de l'irréductibilité, d'une part, et l'état de l'utérus, d'autre part.

I. — Dans le cas d'obstacles mécaniques à la réduction, comme les calculs vésicaux ou les tumeurs, l'intervention consistera dans la taille pour le premier cas et dans l'ablation après la laparotomie abdominale pour la deuxième éventualité.

1° Lorsqu'on se trouve en présence d'un prolapsus irréductible à cause de calculs vésicaux, Varnier propose de recourir de préférence à la taille préconisée aussi par Chauvel et Gosselin.

Cette opération a été pratiquée pour la première fois dans ces conditions par Ruysch (1681), puis peu de temps après par Tolet. Tous deux guérirent leurs opérées.

« La technique de cette taille spéciale à laquelle Deschamps a donné le nom de l'hypokystéo-kélotomie (c'est-à-dire incision de la hernie de la vessie au-dessous de l'arcade du pubis) est des plus simples » (Boeckel). Elle est décrite très clairement par Boeckel dans un article de la *Gazette médicale de Strasbourg.*

On terminera cette intervention par une colpopérinéorraphie.

2° S'il s'agit de tumeurs utérines ou parautérines, on procédera par laparotomie à l'ablation de l'obstacle en ayant soin de conserver l'utérus qui, fixé par ligamento-

pexie, formera tampon au fond du dôme vaginal, et on terminera par la cure plastique du prolapsus proprement dit.

« S'il s'agit d'un fibrome développé aux dépens du fond de l'utérus et nécessitant l'hystérectomie subtotale, il sera indispensable de respecter les ligaments ronds et de les fixer au col restant dont une ligamentopexie assurera la suspension. Une colpopérinéorraphie, dans un second temps, évitera la récidive du prolapsus. » (Barthélemy.)

II. — L'irréductibilité qui est due à l'inflammation ou à des phénomènes brusques d'étranglement et qui concerne un utérus ulcéré, hypertrophié, relève de l'hystérectomie vaginale, mais ayant procédé à des tentatives préalables de réduction faites après repos, bains prolongés, etc.

« Le prolapsus de l'utérus n'est pour ainsi dire pas en jeu, mais bien l'affection dont il est porteur et qui réclame une intervention énergique. » (Bellicaud).

Cet organe irréductible, qui est adhérent, hypertrophié, ulcéré, quelquefois étranglé, souvent avec des annexes lésés, constitue un danger pour l'état de la malade à cause de ses complications possibles; c'est une masse qui a perdu « le droit de cité » dans le bassin. Il y a impossibilité de remettre les choses en état.

« Dans certains cas l'irréductibilité se manifeste avec des caractères de brusquerie qu'on pourrait rapprocher de l'étranglement herniaire, le gonflement des parties, la constriction de la vulve amenant des troubles de circulation qui peuvent aller jusqu'au sphacèle. L'indication de l'hystérectomie est ici encore formelle et absolue. » (Legueu.)

Le pronostic, dans le cas de l'utérus prolabé irréductible, étant sérieux, nous nous croyons dispensé de discuter la gravité de l'intervention qui peut seule sauver la malade, comme le prouvent les résultats de nos observations.

Cette opération mérite une exclusivité dans la décision d'un chirurgien en face de cette hernie génitale dont la

suppression est parfois souhaitée par les malades elles-mêmes.

La séance opératoire doit comprendre deux temps : la suppression de la tumeur par l'hystérectomie vaginale et l'opération complémentaire plastique (colpopérinéorraphie ou cloisonnement du vagin à la Le Fort).

1° En ce qui concerne l'hystérectomie vaginale, « elle demande certainement plus d'entraînement chirurgical car il faut parfois improviser » (Baillis).

Delbet (Traité de Chirurgie Duplay et Reclus) la considère comme indiquée dans les prolapsus irréductibles.

M. le Professeur Guyot et M. le Professeur Bégouin en disent le plus grand bien.

Les opinions de nos éminents maîtres sont fondées sur les avantages que présente cette intervention. Ils ont été résumés dans l'excellente thèse de Baillis :

a) Peu de choc opératoire. Cela tient à ce que l'intervention par voie basse est beaucoup plus rapide et à ce que la cavité péritonéale n'est pas largement ouverte.

b) Il n'y a pas d'éventration ultérieure à craindre.

c) Travail presque hors du ventre.

d) Pas de cicatrice.

Il existe évidemment quelques inconvénients qui ne diminuent pas cependant l'utilité de cette opération.

a) Elle est parfois difficile. La difficulté tient surtout du fait que, localement, le chirurgien se trouve en présence d'un tissu œdématié, de lacis veineux abondants et dilatés. Il intervient dans une région où l'infection a souvent pénétré grâce aux ulcérations fréquentes du col (Austry).

L'hémorragie est un accident avec lequel plusieurs opérateurs (Lucas-Championnière, Pozzi) ont eu à compter. La vessie peut être blessée.

b) Elle est aveugle quant aux adhérences avec l'intestin.

2° Le second temps de l'opération aura pour but de consolider le plancher périnéal et éviter ainsi une récidive du prolapsus vaginal.

L'intervention plastique consistera donc dans la colpo-

périnéorraphie qui permettra de combattre en même temps la cystocèle et la rectocèle.

Souvent cependant la béance de la région vulvaire, l'extrême importance du prolapsus, l'état du périnée œdématié, aminci ne donneront aucune certitude pour un bon résultat de cette opération complémentaire.

Dans ces cas nous préconisons le cloisonnement du vagin à la Le Fort qui, élargi, amélioré par agrandissement de surfaces d'avivement sur toute la longueur du vagin, à partir de la vulve, est une bonne intervention dans les prolapsus irréductibles (Forgue et Massabuau).

Ce dernier procédé a été appliqué à la malade de l'observation XXIX et a donné les meilleurs résultats.

Signalons à cette occasion la formation dans les suites opératoires de cette malade d'une fistulette recto-vaginale mais dont l'explication est simple; un des points de suture a été certainement perforant au niveau du rectum disséqué et très aminci, ce qui avait causé la fistule secondaire. En une huitaine de jours et par le traitement classique (constipation, grands lavages vaginaux) la guérison complète fut obtenue.

B. — *Traitement des prolapsus utérins irréductibles avec grossesse*

Dans les premiers mois de la grossesse l'irréductibilité de l'utérus prolabé entraîne le plus souvent un avortement spontané. De même les tentatives de réduction à cette époque, si elles ne sont pas très prudentes, aboutissent au même résultat.

Dans certains cas cependant il y aurait intérêt à laisser évoluer la grossesse, même dans un utérus se trouvant hors du ventre, mais en surveillant attentivement la santé de la malade et l'état de l'organe afin d'intervenir en cas de moindre début d'infection. Cette attitude pourrait ainsi être justifiée chez une femme qui met tout son espoir de maternité malgré la complication si gênante.

Comme nous l'avons déjà vu l'irréductibilité peut être un accident qui survient vers la fin de la grossesse ou à la période de travail; dans ce cas il faut à tout prix essayer d'achever l'accouchement en s'aidant du forceps et des incisions du col.

Après la délivrance la réduction est presque toujours possible.

Mais si l'état de la mère est altéré, si la rupture utérine est imminente, si l'infection commence à se frayer passage, dans l'intérêt commun de la mère et de l'enfant il y a lieu de recourir à l'hystérectomie vaginale précédée ou non de césarienne.

Quelquefois le replacement de l'organe après la délivrance n'est pas possible; ainsi nous voyons dans une observation de Plasse que « toutes les tentatives pour repousser l'utérus prolabé restèrent sans résultat, le prolapsus avait été considérable. Dans l'observation de Seidel la matrice avait très peu diminué de volume après l'accouchement et la mise en place dût être différée. La malade mourut trois jours après sans qu'il eût été possible de la replacer » (Faivre).

L'obstacle à cette réduction infructueuse a été probablement causé par des adhérences péritonéales soit du fond de l'utérus, soit par de larges adhérences entre le vagin et l'utérus dans toute l'étendue de leur contact.

Si donc la réduction après la délivrance est impossible il faut intervenir par l'hystérectomie vaginale suivie d'une des opérations plastiques déjà mentionnées.

En conclusion, dans le cas de l'utérus prolabé irréductible où l'état de la mère court des dangers il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré afin de pouvoir réduire l'utérus sain; on ne doit cependant pas hésiter en face d'un utérus gravide atteint d'infection ou adhérent mais intervenir immédiatement pour supprimer cette masse volumineuse et gênante.

OBSERVATIONS

Prolapsus irréductibles sans grossesse classés dans l'ordre chronologique

Observation I

(de Edwards, citée *in thèse de Zolotnitski* et *in Bristish med.*, 1867)

Il s'agit d'une malade âgée de soixante-quatorze ans, examinée en 1863.

Réglée à vingt ans.

Durée de la maladie : vingt ans.

Prolapsus complet irréductible avec un commencement de gangrène.

Ulcérations multiples autour de l'orifice externe.

Le 11 novembre 1863 on applique une ligature sur la tumeur; puis le surlendemain, à cause de l'odeur infecte dégagée par les parties gangrenées, on resserre la ligature et on excise l'utérus.

Guérison sans complications.

Six mois après, la guérison se maintenait encore.

Observation II (résumée)

(Extraite de la communication de M. Lefort, *Bull. Soc. de chir.*, février 1877)

1° *Prolapsus de l'utérus irréductible.* 2° *Cloisonnement du vagin.* 3° *Guérison*

Le 16 novembre 1876 entre dans le service de M. Lefort, à l'hôpital Beaujon, une femme âgée de quarante-huit ans,

blanchisseuse, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus paraissant remonter à six mois seulement.

Dans ses antécédents : trois accouchements normaux. Toujours bien réglée. Au mois de mai dernier, apparition à la vulve d'une tumeur dont l'issue se fait d'abord d'une façon intermittente et par intervalle de quinze jours environ; elle était réductible; huit jours avant l'entrée à l'hôpital la réduction devient impossible et s'accompagne de sensation pénible de pesanteur.

A l'examen on trouve au dehors de la vulve une tumeur conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas et dont le sommet correspond à l'entrée du vagin. A sa base, se trouve une ulcération circulaire située autour d'une ouverture infundibuliforme.

Cette tumeur mesure 11 cm. de longueur, 18 cm. de circonférence à sa base et 10 cm. à son sommet. La surface externe se joint sans ligne de démarcation avec la muqueuse vulvaire, immédiatement en arrière des grandes lèvres.

L'ouverture située à la base permet l'introduction de l'hystéromètre, qui pénètre à une profondeur de 7 cm. Existence de cystocèle.

La malade réclame l'opération.

Le cloisonnement du vagin fut décidé. L'opération a eu lieu en décembre 1876 et a été suivie de guérison.

Cette opération a été complétée le 24 janvier par la périnéorraphie comme dans le procédé de Baker-Brown.

La malade sort le 6 février complètement guérie.

Observation III

(Martin, *in thèse de Lanique,* Nancy)

X..., soixante-cinq ans. Colporraphie antérieure. Col hypertrophié, métrite, périmétrite et adhérence forte de l'utérus à la face antérieure du sacrum. Prolapsus irréductible.

Intervention : le 10 octobre 1883, hystérectomie, bascule par cul-de-sac de Douglas. Drainage.

Guérison.

Le 3 mai 1884, colporraphie antérieure et postérieure. Guérison parfaite.

En 1886, la malade, revue, est guérie.

Observation IV

(Thomas, de Tours, *in Bull. Soc. chir.*, 1884, p. 321)

1° *Prolapsus utérin irréductible.* 2° *Ablation du corps de l'utérus par la ligature élastique.* 3° *Guérison*

Le 15 mai 1882 entre dans mon service à l'hôpital de Tours, la nommée B..., âgée de soixante ans, domestique.

Cette femme, grande et robuste, me fournit les renseignements suivants : elle a eu, à l'âge de trente ans, une seule grossesse qui a suivi un cours régulier et s'est heureusement terminée.

Peu de temps après son accouchement elle s'est aperçue qu'elle avait une hernie crurale gauche et à fait usage d'un bandage.

Depuis deux ans seulement elle est atteinte de chute de la matrice. On lui a conseillé de porter un pessaire, mais malgré ce moyen de contention il arrive fréquemment, presque chaque fois qu'elle fait un effort un peu énergique, que la matrice s'échappe à la vulve et vient faire extérieurement une saillie du volume d'un œuf. La malade se place alors dans le décubitus horizontal et on obtient facilement la réduction.

Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, la matrice est sortie brusquement à la suite d'un effort; mais contrairement à ce qui se passait ordinairement toutes les tentatives de réduction sont restées infructueuses. La malade a continué néanmoins à vaquer à ses occupations et c'est seulement depuis trois ou quatre jours que, vaincue par la souffrance, elle a dû s'aliter.

Je constate la présence à la vulve d'une tumeur volumineuse, pyriforme, à grosse extrémité, dirigée en arrière et recouvrant complètement le périnée. La petite extrémité, dirigée en avant et en haut dans le décubitus dorsal, correspond à la symphyse pubienne, sur laquelle elle est assez étroitement appliquée, et recouvre la partie supérieure de la vulve. Le grand axe de la tumeur mesure 14 centimètres. Sa circonférence au voisinage de sa partie postérieure est de 25 centimètres.

A l'union de son tiers antérieur et de ses deux tiers posté-

rieurs, la tumeur présente un étranglement, en deçà et au delà duquel elle offre un aspect fort différent. La portion antérieure est cylindrique; sa surface est rouge et saigne facilement, elle se termine par une extrémité arrondie au centre de laquelle on distingue un orifice transversal dont les lèvres sont baignées par un liquide muco-purulent. A ces caractères il est facile de reconnaître le col de l'utérus. La grosse extrémité de la tumeur située en arrière de l'étranglement est couchée au devant de l'anus et du périnée. Elles est pyriforme, étendue, mâte dans toute son étendue. Sa surface est grisâtre, sèche comme parcheminée et présente sur divers points des stries grisâtres de sphacèle.

Si par l'orifice de l'extrémité antérieure, orifice du col, on introduit une sonde cannelée, elle pénètre à une profondeur de 9 à 10 centimètres, suivant le grand axe de la tumeur, et l'extrémité de l'instrument est perçue à travers la paroi, dont l'épaisseur peut être évaluée à près de 2 centimètres.

En contournant le fond de la tumeur avec l'index, on ne peut pénétrer dans le vagin, le doigt est arrêté au niveau de la commissure postérieure. La paroi vaginale postérieure est renversée à l'extérieur et se réfléchit pour recouvrir la tumeur en avant. Si on écarte l'extrémité antérieure de la tumeur de l'arcade pubienne on découvre le méat urinaire et on peut introduire le doigt dans le vagin; mais il est arrêté à une profondeur de 3 centimètres. En ce point la paroi vaginale forme un cul-de-sac et se réfléchit sur la tumeur.

L'urètre a subi une déviation si prononcée que le cathétérisme est impossible avec une sonde métallique. On ne peut le pratiquer qu'avec une sonde molle. Par le toucher rectal on ne trouve pas de rectocèle.

On constate l'absence de l'utérus dans l'excavation pelvienne. Entre le doigt introduit dans le rectum et un doigt engagé dans le cul-de-sac antérieur du vagin, on sent comme un paquet de cordes tendues se dirigeant de l'intérieur du bassin vers la tumeur.

En présence de ces signes, le diagnostic ne pouvait présenter de difficultés.

La tumeur était bien réellement constituée par l'utérus, le col était dirigé en avant et la partie rétrécie de la tumeur

correspondait aux inversions vaginales. La paroi postérieure du vagin avait été entraînée par l'utérus, qu'elle recouvrait en avant jusqu'au niveau du rétrécissement, limite du museau de tanche et de l'insertion de cette paroi sur le col utérin, le cul-de-sac péritonéal se prolongeait donc jusqu'à ce point. La paroi antérieure du vagin ne tapissait que dans une très petite étendue et seulement au niveau du col, la paroi postérieure de la tumeur, ses rapports avec la vessie et l'urètre s'étant opposés à son renversement complet. Les cordons tendus sentis dans le bassin entre le rectum et la paroi antérieure du vagin étaient formés par les téguments larges que l'utérus avait attirés dans sa chute.

La malade n'accuse de douleur que dans la station verticale; couchée, elle ne souffre pas. Elle n'a pas de fièvre. L'appétit est conservé. La miction et la défécation s'accomplissent sans difficulté.

L'auteur essaie de pratiquer une réduction sans l'anesthésie, mais il se produit à la face antérieure de la tumeur une déchirure longitudinale mesurant plusieurs centimètres. La paroi postérieure du vagin s'est rompue dans toute son épaisseur. Le doigt introduit dans l'ouverture pénètre dans la cavité péritonéale après avoir contourné le fond de l'utérus. L'auteur recourt à la ligature élastique. Des compresses phéniquées furent appliquées trois jours après l'application de la ligature, le sphacèle avait envahi toute la surface de la tumeur qui était violacée et flétrie; les jours suivants, après l'application d'une nouvelle ligature, la portion étranglée prend une teinte noire et desséchée.

L'auteur applique un nouveau tube et retranche avec des ciseaux la portion sphacélée à 1 centimètre au-dessous de la ligature.

Le lendemain la réduction du col s'est opérée spontanément. On continue des injections phéniquées et huit jours après on retire les tubes élastiques. La malade se lève, n'éprouvant aucune douleur, et reprend ses occupations.

L'examen de la partie sphacélée montre l'utérus incisé obliquement d'avant en arrière et recouvert en partie par la partie postérieure du vagin.

Observation V

(*in British med. Journ.*, 1885; *in Thèse de Gauja*, Bordeaux, 1888-89)

1° *Prolapsus utérin irréductible.* 2° *Insuccès*

Marg... C..., âgée de trente-deux ans, mariée et mère de trois enfants.

Il y a trois ans, elle a fait une fausse couche et, d'après ce qu'elle dit, il semble qu'elle a eu une métrite consécutive. Depuis lors, elle a souffert de pesanteur au fond du bassin, accompagnée de douleurs expulsives (« bearing down » : espèce de tenesme pelvien). Ces phénomènes sont allés en augmentant jusqu'à ce que l'utérus se présentât à l'extérieur.

Elle fut admise à l'hôpital le 1er mai 1883. A son entrée, elle était dans un état notable d'émaciation. Elle pouvait à peine marcher.

A l'examen des organes génitaux on trouva une masse rouge et volumineuse, sortant par la vulve; cette masse (« mass ») était constituée par une cystocèle avec prolapsus de toute la paroi antérieure du vagin. Le col utérin était sur la fourchette et laissait pénétrer 7 cm. de l'hystéromètre.

Les parois du vagin étaient érodées et ulcérées en différents points par suite de l'emploi d'un pessaire mal appliqué. Il y avait un écoulement purulent et fétide.

L'évacuation des urines par le cathétérisme montra qu'elles n'étaient pas ammoniacales. Quand on essayait de réduire l'utérus avec les doigts il cédait jusqu'à un certain point, mais ensuite il résistait à la pression, probablement parce qu'il était fixé par des adhérences postérieures. Le docteur Campbell pensa, malgré cela, qu'on pourrait, par le raccourcissement des ligaments ronds, faire remonter assez l'utérus pour améliorer la cystocèle. Le succès ne répondit pas à son attente car, après avoir découvert les ligaments ronds, il lui fut impossible de mobiliser l'utérus par des tractions exercées sur les ligaments.

L'opération fut tentée le 7 mai, et le 25 du même mois les plaies étaient en voie de guérison. On constata les symptômes

d'une péritonite subaiguë, due sans doute aux tiraillements exercés pendant l'opération sur les adhérences péritonéales. La température est montée une fois à 40° 8. Ces phénomènes inflammatoires se sont heureusement calmés, mais la situation de l'utérus et de la vessie est restée aussi mauvaise qu'avant l'opération.

Observation VI

(de Lebedeff, signalée par Birionkowitsch *in thèse de S. Petersburg*, p. 78, et *in thèse de Zolotnitski*)

Malade âgée de soixante et un ans, entre à l'hôpital le 4 octobre 1886.

Antécédents : quatre couches; la première à l'âge de vingt ans, la dernière à l'âge de trente-cinq ans.

Durée de la maladie : quinze ans.

Etat actuel de la maladie : les organes génitaux externes sont normaux.

Existence de cystocèle et de rectocèle.

L'utérus en rétroversion, légèrement augmenté de volume, est prolabé et irréductible. Atrésie complète du col, qui porte une ulcération comme une pièce de deux francs.

Etat général : constitution forte. Etat de nutrition générale : bon. Les parois abdominales sont flasques. Périnée déchiré.

Opération le 28 octobre 1886 : hystérectomie vaginale (tube élastique sur la base de la tumeur prolabée). L'utérus est enlevé avec les ovaires et les trompes après la dissection préalable des culs-de-sac. Hémorragie considérable. Chloroforme.

Durée de l'opération : deux heures.

Suites immédiates : guérison sans complications. Le périnée est ferme, cependant il existe un léger degré de prolapsus de la paroi antérieure.

La malade sort le 15 janvier 1887.

Observation VII

(Asch, *in Arch. f. Gynäk.*, Bd. XXXI, p. 198, 1889)

R. B..., quarante-huit ans, mariée depuis vingt-trois ans. Deux accouchements normaux. Réglée à l'âge de dix-huit ans

pour la première fois et régulièrement depuis. Règles assez abondantes, sans douleurs durent trois jours. Le prolapsus complet a eu lieu vingt-sept ans après son premier accouchement. Ce prolapsus a été, au début, réduit par la malade, souvent après des efforts fréquents et difficiles, mais il réapparaissait à l'occasion d'un travail dur.

Depuis quatre semaines la malade ne peut plus réduire son utérus qui est réapparu à l'occasion d'une quinte de toux.

Depuis cet incident, incontinence d'urine qui sort goutte à goutte.

La tumeur située devant la vulve est d'une grosseur d'une tête d'enfant; elle présente la muqueuse vaginale hypertrophiée, complètement invertie, avec des grandes pertes de substance superficielles et l'orifice du col situé un peu en arrière.

Il existe la cystocèle qui s'arrête à 5 cm. avant l'orifice du col. Pas de rectocèle.

La paroi vaginale postérieure se laisse légèrement écarter de l'utérus.

La vessie vidée et la malade anesthésiée, le prolapsus est irréductible.

Opération le 6 février 1889 : extirpation totale de l'utérus avec résection vaginale.

Guérison. La malade sort de l'hôpital quatorze jours après l'intervention.

Observation VIII

(de Negretto, *in thèse de Bellicaud*. Negretto, *in Gazetta degli ospitali Milano*, 1890, n° 61, p. 48-85)

L. M..., âgée de trente-sept ans, paysanne, entre à l'hôpital le 7 avril 1890. Pas de maladies antérieures dignes d'intérêt. Premières règles à quinze ans; depuis les règles sont toujours régulières.

Le 13 janvier 1885 : premier accouchement normal.

Le 25 janvier 1888 : second accouchement artificiel d'un fœtus mort.

A partir de cette époque il se produit un prolapsus utérin,

d'abord réductible et qui finit par ne plus se laisser réduire.

La malade incommodée par la tumeur volumineuse qui lui pend entre les cuisses se présente à l'hôpital.

Bonne constitution; système osseux et musculaire bien développés; cependant aspect souffrant, fatigue générale.

La malade se plaint d'une sensation de pesanteur, de douleurs et de tiraillements dans l'abdomen. Démarche très pénible.

Le prolapsus est constitué par l'utérus en légère rétroflexion, recouvert par la paroi vaginale antérieure complètement retournée et la paroi postérieure incomplètement inversée. Cystocèle.

Orifice externe du col : exulcéré. Le cathétérisme de l'utérus donne une longueur de 11 cm. Vessie normale; pas de rectocèle.

L'examen des autres organes du corps ne révèle rien d'anormal.

Opération le 14 avril 1890 d'après la méthode un peu modifiée de Kaltenbach.

L'intervention se termine rapidement sans incidents.

Cicatrisation complète après dix-sept jours.

La malade est complètement guérie.

Observation IX

(de Mac Cosh, *in New-York med.*, janvier 1892, LV, p. 50; énumérée par Hartmann et Du Bouchet, *in Ann. de Gyn. et Obstétr.*, janvier 1894, p. 60)

Prolapsus total du volume d'un chapeau. Utérus en rétroflexion. Irréductibilité complète.

Opération : Dissection de bas en haut de la face antérieure et postérieure de l'utérus; ligature sur chaque ligament large. Impossibilité de réduire la cystocèle et l'urétrocèle.

Vers le vingtième jour la cystocèle et la rectocèle se réduisirent; la vessie était encore bien en place trois mois après l'opération.

Observation X

(de Martin, *in thèse de Lanique*, Nancy)

X..., soixante-cinq ans. Prolapsus total largement ulcéré. Utérus rétrofléchi adhérent de toutes parts.

Le 7 février 1890 : hystérectomie vaginale avec résection de surfaces vaginales ulcérées. La vessie vint faire hernie à travers cette brèche. Réduction. Suture. Colporraphies antérieure et postérieure. Guérison.

Le 26 avril 1891, la malade est parfaitement capable de travailler et a augmenté de poids.

Observation XI

(de Odebrecht, *in Centralblatt f. gynaeck.*, 1890, p. 49, p. 892, et *in thèse de Bellicaud*)

Primipare de quarante-cinq ans. Fistule anale il y a cinq ans; opération sans succès; destruction complète du périnée jusqu'au rectum; incontinence de matières fécales.

Dans les années suivantes il se forme un prolapsus complet de l'utérus avec inversion du vagin; le prolapsus ne pouvant être réduit, rend une opération nécessaire.

Ablation de l'utérus d'après Fritsch avec colporraphie antérieure, puis périnéorraphie d'après Lawson-Fait-Sanger.

Durée de l'opération : deux heures.

La malade est dans un collapsus profond et meurt par paralysie cardiaque au bout de trois jours.

Observation XII

(de A. J. Mac Cosh, *in the Med. News*, n° 19, p. 509-510, et *in thèse de Zolotnitski*)

X..., quarante-deux ans. Multipare. Prolapsus datant de douze ans.

Prolapsus irréductible depuis six mois.

Il y a quatre ans une périnéorraphie et probablement col-

porraphie. En juillet 1891 : hystérectomie. Réduction à sa place de la paroi postérieure du vagin. Périnéorraphie.

Résultat satisfaisant.

L'auteur le classe parmi les succès partiels.

Morte au bout de quelques mois d'une maladie du cœur et des reins.

Observation XIII

(de Martin, *in thèse de Lanique*, Nancy)

X..., quarante-sept ans. Prolapsus du volume du poing; adhérence de l'utérus au sacrum; irréductibilité partielle.

Le 2 juillet 1892 : hystérectomie vaginale : les annexes gauches normales et haut placées sont laissées en place.

L'ovaire droit est augmenté de volume. Hématosalpinx. Ablation des annexes malades. Colporraphies antérieure et postérieure étendues.

Guérison normale. Pas de résultats ultérieurs.

Observation XIV

(de Quénu, *in thèse de Lanique*, Nancy)

R. L..., soixante-quatre ans. Entrée le 24 juin 1893. Hystérectomie le 8 juillet.

La malade est mère de huit enfants.

L'issue de l'utérus hors de la vulve a été remarquée en janvier dernier. En avril : rétention d'urine. Les efforts pour uriner augmentaient encore le prolapsus qui bientôt devint très gênant et même douloureux pendant la marche.

On aperçoit, en dehors, une tumeur ovoïde du volume du poing, irréductible; le col est rouge, ulcéré ainsi que la partie du vagin avoisinante. Pesanteur dans le bas ventre, douleurs irradiées dans les reins.

Intervention : simple hystérectomie vaginale sans autoplastie. Huit jours après l'opération, quelques symptômes de bronchite.

Sortie le 6 avril, vingt-neuf jours après l'intervention.

Le 25 novembre, la malade, sur notre appel, vient se faire

examiner; elle est debout toute la journée et n'éprouve plus aucune souffrance. Dans le décubitus dorsal, très légère saillie de la partie antérieure du vagin; quant au fond du vagin, il est très bien maintenu, et ce n'est qu'avec difficulté que le doigt peut l'atteindre, même la malade étant debout.

Observation XV

(J. Bœckel, dans la *Gaz. méd. de Strasb.*, 1897)

Elle concerne une femme de quatre-vingts ans qui portait son prolapsus depuis plus de quarante ans.

Dans ces dernières années il était devenu presque irréductible; la malade avait fini par s'habituer à cette situation pénible et avait renoncé complètement à sortir.

« Un beau jour, après une violente diarrhée, elle éprouva une douleur telle dans les parties prolabées, qu'elle me fit appeler. Je constatai pour la première fois un prolapsus énorme, formé par la matrice qui était turgescente, violacée, excessivement douloureuse.

« La malade avait essayé de la réduire mais n'y était pas parvenue. Je ne fus pas plus heureux qu'elle. Je fis appliquer des compresses d'eau blanche et revins le soir. Les douleurs ne s'étaient pas calmées. La malade avait de la fièvre, des nausées et se tenait tantôt accroupie dans son lit, tantôt agenouillée sur les coudes et les genoux. La situation était grave. Je pressentais une fin prochaine. Le lendemain cependant, grâce à des applications de glace, l'utérus se dégagea et put être réduit.

« Mais vingt-quatre heures après, le prolapsus s'était reproduit. M^me^ M... me supplia de la débarrasser de sa matrice.

« Après quelques hésitations je finis par céder, la vigoureuse constitution de ma cliente me paraissait offrir, malgré son âge, quelque garantie de succès. »

L'auteur pratiqua l'hystérectomie vaginale suivie d'une colpopérinéorraphie.

L'opération fut couronnée de succès et le douzième jour la malade s'en retournait chez elle, et est restée guérie depuis deux ans.

Observation XVI

(signalée par Baldy, dans l'*Americ. Journ. of obst.*, 1898, v. XXXVII, p. 230)

Malade âgée de soixante-dix ans, atteinte de prolapsus génital complet depuis une dizaine d'années.

Le prolapsus a augmenté depuis un an et il est devenu gênant et douloureux.

Le col de l'utérus faisait issue à travers la vulve avec le vagin qui était complètement hernié; on constatait une large ulcération sur le col.

La malade ne voulut point se soumettre à une opération. Un jour le prolapsus devint irréductible et la tumeur, devenue tout à coup volumineuse, était le siège de douleurs intolérables.

L'auteur appelé constata les lésions précédentes; mais la tumeur avait triplé de volume, la malade avait de la fièvre; un pouls très rapide, et l'ulcération s'était très étendue sur le vagin. La tumeur avait un aspect noirâtre et donnait l'illusion d'une anse intestinale étranglée après l'ouverture du sac.

Après bien des efforts, l'auteur put réduire le prolapsus, il fit pratiquer aussitôt une irrigation chaude et abondante. La malade fut soulagée; ce traitement fut continué pendant une semaine; après quoi on pratiqua une hystérectomie abdominale totale, qui fut suivie de succès.

L'auteur insiste sur l'intérêt que présente cette opération; le prolapsus général complet peut être une source de dangers; l'étranglement de l'utérus prolabé est un accident très rare, cet accident a pu se produire malgré la réductibilité de la tumeur.

Observation XVII (rapportée à titre historique)

(Beyea, Un cas de septicémie aiguë avec étranglement d'un utérus prolabé. Hystérectomie vaginale. Mort. *Revue de Gynécologie*, 1898, t. II, p. 894)

Malade âgée de vingt-deux ans, ayant eu quatre enfants et atteinte d'un prolapsus utérin depuis 1891, époque à laquelle le col utérin faisait déjà saillie à la vulve. Un an après, le

prolapsus génital est devenu complet; il donne lieu à peu de troubles et la malade peut vaquer à ses affaires; au début, elle réduisait elle-même son utérus; mais depuis quatre ans, ni elle ni ses médecins n'avaient pu le réduire. On lui a conseillé une opération, à plusieurs reprises, pour obvier surtout à la difficulté d'uriner. En octobre 1897, elle entre à l'hôpital, à la suite d'un grand frisson accompagné de douleurs pelviennes et abdominales. A son entrée, on constate de la fièvre (39° 5), un pouls à 120, des vomissements, un ventre dur, distendu et douloureux. Cet état durait depuis six jours au moment de son admission. A l'examen, on constate au niveau de la vulve une tumeur du volume d'une tête d'enfant; celle-ci est formée par l'utérus, complètement prolabé, avec inversion totale du vagin. La vessie distendue par l'urine fait une forte saillie en avant. Toute cette masse est congestionnée, de couleur violacée; le col et la paroi postérieure du vagin sont ulcérés en plusieurs endroits; sur les bords des ulcérations, on observe des pseudo-membranes grisâtres. Par l'orifice du col s'écoule un liquide muco-purulent abondant.

L'auteur craignant une infection urinaire concomitante, fait examiner les urines qui sont trouvées normales. La malade est placée dans la position de Sims, on fait des applications de compresses antiseptiques chaudes et on s'occupe de l'état général. Au bout de douze heures, l'état local semble s'amender, la température redevient normale. On place alors la malade dans la position génu-pectorale et on essaie, sans succès, de réduire l'utérus. L'état général s'aggrave de nouveau (fièvre, vomissements incoercibles, etc.), la masse prolabée devient grisâtre et prend un aspect gangréneux. On se décide alors à intervenir et on pratique une hystérectomie vaginale qui fut faite sans difficulté. Au cours de l'opération on constate que les anses intestinales sont congestionnées et recouvertes de fausses membranes. Il y avait une péritonite pelvienne manifeste. A l'examen des pièces, on remarque que l'utérus n'est pas augmenté de volume, mais que son parenchyme est infiltré de petits abcès. Les annexes sont normales. Amélioration passagère, puis aggravation des phénomènes septiques et mort le cinquième jour.

En résumé, il s'agissait ici d'un prolapsus génital complet

datant de six ans, devenu irréductible depuis quatre. Ce prolapsus a eu pour résultat une congestion intense de l'utérus, suivie d'œdème inflammatoire et d'endométrite. Il est très probable que les ulcérations ont été une porte d'entrée pour une infection virulente. Cette infection a été la cause d'une inflammation qui a amené un véritable étranglement de l'utérus au niveau de son insertion vaginale. La malade a succombé aux progrès d'une septicémie déjà généralisée au moment de l'opération.

Observation XVIII

(extraite de la *Thèse de Ardilouze,* Paris, 1903)

X..., femme de soixante-cinq ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 juin 1901.

Elle a eu cinq enfants. Trois de ses accouchements ont été difficiles et dystociques. Son prolapsus, appréciable à l'intérieur, s'est développé progressivement; elle a senti pendant longtemps une grosseur entre ses jambes qui augmentait par la station verticale.

On lui fait, en janvier 1900, une colpopérinéorraphie qui ne lui a donné aucun bénéfice. Au bout de deux mois, le prolapsus se reproduit. Six mois après l'opération, elle est dans le même état que précédemment. Elle reste encore un an dans cet état, son prolapsus étant difficilement réductible.

La femme se décide à entrer à l'hôpital et entre à l'Hôtel-Dieu le 6 juin 1901, salle Jean, n° 12, dans le service de M. Legueu.

A l'examen, on trouve un prolapsus complet qui, sous forme d'une tumeur du volume du poing, pend entre les jambes de la malade. Cette tumeur est rouge violacé, œdémateuse; autour du col siège une ulcération rouge, signes qui témoignent de l'irritation des parties extériorisées. Au palper on reconnaît que la vessie, complètement inversée, fait partie du prolapsus, que le rectum en arrière descend dans une moins grande étendue. Les parois vaginales sont inversées.

On sent au palper le col utérin allongé et une partie du corps en dehors de la vulve, le reste de l'utérus étant descendu

dans le vagin. Le prolapsus est irréductible, la tuméfaction des parties, leur œdème, leur infiltration ne permettant pas de les réduire; il semble impossible de faire une opération heureuse.

Pendant quinze jours, la malade est laissée au repos absolu. On applique un pansement humide permanent sur les parties extériorisées. Sous cette influence l'œdème diminue, l'infection s'atténue, le prolapsus devient moins gros et plus facilement réductible.

L'opération, suivant le procédé de M. Legueu (hystérectomie abdominale combinée à la cervipexie, élytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie suivant le procédé de Lawson Tait), est pratiquée le 27 juin 1901. Suites normales sans incident.

Avant de quitter l'hôpital, elle était en excellent état, la vulve bien fermée, le prolapsus bien réduit.

Observation XIX

(communiquée par Riche, *in Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris,* 1906)

Il s'agit d'une vieille femme de soixante-cinq ans, entrée au mois d'août 1905 dans le service de M. le Professeur Forgue.

La malade est d'un psychisme tel qu'il est absolument impossible d'en tirer aucun renseignement sur ses antécédents.

A l'examen on constate un prolapsus utérin total; par la vulve sort une volumineuse tumeur en boudin, qu'il est absolument impossible de réduire même dans la position horizontale. La masse a perdu droit de domicile.

La vessie est presque entièrement située au dehors de la vulve : on la voit bomber sur la face supérieure de la tumeur, lorsqu'elle est distendue par l'urine, et une sonde métallique de femme introduite dans l'urètre prend, la malade étant couchée, une direction verticale.

L'utérus occupe le sommet de la partie inférieure de la tumeur; il est en forte rétroversion et légère rétroflexion. Il est petit et mou. L'orifice du col est en avant et à droite.

Le revêtement vaginal de la tumeur, kératinisé, ne se différencie de la peau avoisinante que par l'absence de poils.

Il est à remarquer que, malgré ce grand déplacement, les troubles fonctionnels de la miction et de la défécation ne sont pas très marqués.

Opération le 27 août. Anesthésie chloroformique à l'appareil de Ricard. Hystérectomie vaginale par le procédé de Doyen : bascule postérieure de l'utérus après ouverture première du Douglas, hémisection utérine, torsion et ligature des ligaments larges. On termine par colporraphie antérieure et une colpopérinéorraphie. La malade, très indocile, enlève sa sonde à demeure, défait son pansement qu'elle souille. La plaie opératoire s'infecte, les sutures ne tiennent pas et la malade finit par mourir de septicémie.

En résumé, il s'agit d'un prolapsus total et irrréductible d'un utérus sénile et atrophié, comme l'a montré l'intervention.

Observation XX (résumée)

(communiquée par Bonnet-Laborderie, *in Journ. des Sc. méd. de Lille,* 1907)

D... Clémentine, quarante-quatre ans et demi, ménagère, entre le 25 février 1907 dans le service de M. le Professeur Duret.

Il y a environ quatorze ans se constitua chez cette femme un prolapsus de l'utérus. Antérieurement elle avait eu quatre grossesses à terme. Tous ces accouchements avaient été difficiles et avaient nécessité l'application du forceps.

Au troisième s'était produite une déchirure partielle du périnée, dont la suture ne fut pas faite.

A la suite deux avortements se produisirent coup sur coup vers la sixième semaine. La malade, effrayée, se décida à recourir à une intervention chirurgicale.

En mai 1897, elle subit donc une colpopérinéorraphie. Quelques mois après, D... put mener à bien une cinquième grossesse.

Malheureusement, le prolapsus se reproduisit peu de temps après l'accouchement.

La malade est restée dans cet état pendant neuf ans, un peu gênée dans la marche mais vaquant quand même à ses occupations.

La tumeur irritée par les frottements s'est ulcérée et donne lieu maintenant à un suintement continuel.

Il y a huit jours, à la suite d'efforts causés par une constipation opiniâtre, la tumeur aurait pris brusquement, au dire de la malade, des proportions beaucoup plus considérables, amenant une impotence à peu près complète. C'est pour cela que D... se résout à revenir à l'hôpital.

La malade ne présente pas de gêne marquée de la miction ni de la défécation. Il n'existe pas non plus de troubles gastriques. Néanmoins la malade se plaint d'une sensation de faiblesse et d'épuisement.

Le prolapsus se présente sous forme d'une tumeur piriforme, de couleur rougeâtre, du volume d'une tête fœtale. La muqueuse est épaissie et presque complètement kéritinisée. Les plis vaginaux ont disparu. Par endroit, on aperçoit de larges ulcérations, siégeant principalement sur les régions qui sont en rapport avec la partie interne des cuisses et au niveau de l'orifice externe du col que l'on découvre au pôle inférieur de la tumeur. Tout cela est suintant et sale.

L'hystéromètre marque le chiffre normal et n'indique aucun allongement hypertrophique.

Cette masse est absolument irréductible; elle semble, comme les grosses hernies, avoir perdu droit de domicile.

Il existe une cystocèle.

L'analyse des urines montre un léger louche d'albumine. Il n'y a pas de trace de sucre.

Intervention. Après des applications de compresses humides antiseptiques, des pulvérisations phéniquées pendant une semaine, sous l'action du repos et du régime fortifiant, l'état local et général s'améliore peu à peu. L'opération est pratiquée le 23 mars et consiste en une hystérectomie vaginale totale, d'après le procédé de Fritsch légèrement modifié; elle est complétée par l'avivement de la fourchette et du périnée antérieur.

Les suites opératoires furent des plus simples. Au début d'avril, on pouvait déjà permettre à la malade de se lever.

Le seul souvenir de cet énorme prolapsus est la présence d'un petit bourrelet déterminé par la vessie, qui repousse légèrement la paroi vaginale antérieure et tient la vulve béante.

Observation XXI

(Signalée par André Boeckel, dans la *Gazette Médicale de Strasbourg*)

M^me^ veuve B..., âgée de soixante-quatorze ans, ancienne cultivatrice, est admise à la salle VI du service de M. le Professeur Gross (lit n° 1), le 11 avril 1910.

Elle ne possède rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents pathologiques, héréditaires et personnels, jusqu'à l'époque où apparut la tumeur dont nous allons parler. Notons en particulier qu'elle n'a jamais eu de coliques néphrétiques. Réglée à quatorze ans, mariée à vingt-trois ans, elle a eu six enfants dont cinq sont vivants. Elle n'a jamais fait de fausse couche. Tous ses accouchements ont eu lieu à terme et sans aucune complication. La ménopause est survenue à l'âge de cinquante ans.

Il y a trente ans environ, après sa cinquième couche, il se produisit un prolapsus utérin léger. Pendant les efforts l'utérus apparaissait à la vulve mais il était très facilement réductible.

Après le sixième accouchement, la chute de l'utérus s'accentua, mais la réduction fut encore possible pendant assez longtemps.

Le prolapsus augmenta beaucoup durant ces dix dernières années, l'utérus restant constamment au dehors de la vulve.

Depuis deux à trois ans, il est devenu tout à fait irréductible. De plus, la malade souffre depuis quelques années de troubles vésicaux; elle présente de la pollakiurie et les mictions sont douloureuses. Aussi vient-elle consulter à Nancy, ses souffrances s'étant beaucoup accrues depuis quelque temps.

Etat de la malade à son entrée : il s'agit d'une femme âgée dont la constitution primitive était bonne, mais dont l'état général se ressent actuellement de son infection vésicale, ainsi que de troubles pulmonaires. Elle ne présente cependant pas de température notable : 37°.

Notre attention se porte en premier lieu sur l'appareil génito-urinaire.

A l'inspection de la région, on aperçoit une tumeur faisant

saillie au dehors de la vulve. Cette tumeur a le volume d'une grosse orange et présente une forme cylindro-conique. Sa base est insérée sur tout le pourtour de la vulve, elle repousse les grandes lèvres en dehors; entre ces dernières et la tumeur se voit un sillon peu profond. La muqueuse vaginale qui recouvre la tumeur ne présente plus son aspect normal, ni sa coloration habituelle.

L'extériorisation, les modifications de la circulation, le fait d'être humectée constamment par l'urine (la malade était atteinte de cystite intense) l'ont profondément modifiée. Elle est épaissie, rougeâtre, luisante; dans son ensemble elle est lisse, la distension à laquelle elle est soumise ayant effacé ses plis; lorsque la malade tousse ou fait des efforts d'expulsion, cette muqueuse devient violacée.

Elle présente en outre trois ulcérations de la dimension d'une pièce de 50 centimes, situées l'une à la partie antérieure, les deux autres à la partie postérieure de la tumeur. De plus, en deux endroits rapprochés du sommet, on voit de petites croûtes reposant sur les ulcérations. Elles s'en détachent sans peine et se reforment rapidement, au dire de la malade.

On ne trouve pas d'orifice utérin sur la tumeur, mais, en la relevant, on aperçoit un peu en arrière du sommet de la masse et sur la ligne médiane une petite cicatrice étoilée qui nous semble bien représenter les vestiges de cet orifice, complètement atrésié. Il n'y a plus trace de délimitation entre la portion intravaginale du col et la muqueuse vaginale qui ont un aspect identique.

A la palpation, la tumeur a une consistance dure, mais cette sensation n'est pas la même partout. Près du sommet et à la partie postérieure, la muqueuse épaissie se déplace sur une masse profonde, de consistance ferme qui est, à n'en pas douter, l'utérus.

Au niveau de la partie antérieure et supérieure de la tumeur, on sent à travers la muqueuse plusieurs petits corps très durs qui semblent se déplacer l'un sur l'autre. Il s'agit vraisemblablement de calculs vésicaux. Pour confirmer ce diagnostic, on introduit par l'urètre un explorateur métallique coudé de Guyon. La sonde est arrêtée à un demi-centimètre du méat par une pierre qui, à son contact, rend un son caractéristique.

On essaie de réduire le prolapsus. Tous les efforts visant à à ce but restent vains, la tumeur ne peut franchir l'orifice vulvaire.

Le toucher rectal démontre l'absence de rectocèle. Le doigt introduit dans le rectum sent à travers sa paroi antérieure les calculs logés dans la vessie.

La tumeur donne partout un son mat à la percussion, ce qui fait rejeter l'idée d'une entérocèle compliquant le prolapsus.

La malade éprouvait il y a quelques années, lorsque la tumeur était encore réductible, une sensation de gêne, de pesanteur entre les cuisses et des tiraillements pénibles dans le bas-ventre. Mais depuis deux ans environ, de vives douleurs sont survenues dans les lombes et au niveau des viscères herniés. La malade se plaint surtout d'une cystite intense. En effet, sa vessie, irritée par la présence des calculs, laisse échapper environ toutes les dix minutes une petite quantité d'urine très trouble, purulente. Les mictions sont fort douloureuses et principalement l'expulsion des dernières gouttes.

La malade dit n'avoir jamais expulsé de calcul par l'urètre et n'avoir jamais eu de rétention d'urine. Par contre, elle se rappelle avoir été atteinte de légères hématuries il y a un an. Malgré la pollakiurie la quantité des urines est diminuée, elle varie entre 500 et 700 cc.

Voici des résultats de l'analyse de ses urines :

Densité à 15° : 1018; réaction alcaline. Dépôt assez considérable dans lequel se trouvent de nombreux globules de pus.

Urée : 19,66 (par litre).

Acide urique : 0,126.

Chlorures : 5,4.

Acide phosphorique $P^2 O^3$ total : 1,45.

Glucose : 0; albumine : 0,70.

Rien au point de vue d'appareil digestif.

Emphysème et bronchite chronique. La malade tousse et expectore des crachats verdâtres.

Le pouls est régulier, bien frappé à 72; le cœur est hypertrophié, sa pointe bat dans le sixième espace intercostal, en dehors du mamelon. Les veines jugulaires sont légèrement dilatées.

En résumé, il s'agissait donc chez cette malade d'un

prolapsus génital irréductible et d'une violente cystite occasionnée par une lithiase vésicale.

Pour remédier aux souffrances on décida l'intervention pour supprimer les calculs.

Le 16 avril, expulsion par l'urètre d'un petit calcul phosphatique du volume d'un pois. Le 19 avril on pratiqua la cystostomie à l'anesthésie locale, on vida la vessie de calculs. Après l'opération, la réduction de la tumeur est facile, celle-ci franchit l'orifice vulvaire. On met une sonde à demeure dans la vessie et un tampon dans le vagin pour empêcher le prolapsus de se reproduire. En plus un spica du périnée serré est appliqué dans ce dernier but.

Suites éloignées : après une période de pneumonie hypostatique, la malade se relève visiblement au point de vue de son état général. La sonde enlevée elle urine spontanément. Seule persiste une petite fistule vésico-vaginale qui s'oblitère d'ailleurs bien vite. La malade quitte l'hôpital le 4 juin munie d'un pessaire.

Observation XXII

(Communiquée dans la *thèse de Faure,* Lyon, 1912)

Agnès B..., trente-six ans, entre en février à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 22, pour se faire opérer d'un volumineux prolapsus utérin, qu'elle contient à peine à l'aide d'une serviette.

En effet, le prolapsus était de sérieuses proportions puisque du volume de la tête d'un enfant de un an et pendait en battant de cloche jusqu'à mi-cuisse.

Il avait débuté à l'âge de quatorze ans, à la suite d'un effort violent pour soulever un fardeau; la malade avait ressenti « une déchirure intérieure » et petit à petit, les parois vaginales d'abord puis le col utérin auraient apparu à la vulve. Rapidement le col avait franchi l'orifice vulvaire; le prolapsus était au moment de son mariage, à vingt et un ans du volume du poing. Il était parfaitement réductible à cette époque; et ce fait avait permis les rapports sexuels.

Quelques mois après son mariage, la malade devient enceinte. Ignorante des conséquences de ce prolapsus dans son

état de gestation, elle continua ses occupations, se contentant de maintenir son prolapsus à l'aide d'une serviette. En dépit de cet artifice, à l'approche du terme son prolapsus s'accentuait et est devenu irréductible. La malade a accouché ayant le col et une partie du corps complètement hors du bassin, entre ses cuisses. L'enfant extrait par version par manœuvres internes, était mort.

Après le lever l'accouchée voit son prolapsus se reproduire. Elle se borne cependant à le réduire à l'occasion des rapports sexuels. Trois ans après, deuxième grossesse. Pour éviter des accidents au moment de l'accouchement, on engage la femme à garder le repos au lit dès le deuxième mois de sa deuxième grossesse. Le prolapsus est réduit par le taxis et maintenu par un pessaire et un tampon de coton, le tout fixé par un bandage en T. La malade se soumet rigoureusement à ce traitement pendant trois mois, au bout desquels l'utérus remonte dans l'abdomen, s'y développe normalement en s'opposant ainsi à son prolapsus.

L'accouchement se passa normalement. Les suites des couches furent normales. Mais dès son lever, la malade a vu se reproduire rapidement le prolapsus; elle a négligé de le réduire : il s'accentua et c'est actuellement une tumeur piriforme qui pend hors de la vulve.

En plus la malade présentait de l'annexite gauche, des lésions d'endométrite catarrhale au niveau du col fortement hypertrophié, épaissi, ulcéré. Les lésions habituelles de cutinisation de la muqueuse vaginale se montraient à des degrés divers sur la tumeur prolabée. De même les troubles de la miction devenaient manifestes et permanents.

C'est pour ce prolapsus énorme et devenu irréductible que la malade entra en février 1900 dans le service de M. le Professeur Chalot. On a essayé de réduire ce prolapsus par un taxis forcé sous chloroforme, on n'y arriva que partiellement.

On a tenté de tirer l'utérus par l'abdomen pour le fixer, selon une technique personnelle de M. Chalot, au-dessus du pubis.

Ce procédé échoua parce que l'utérus était caché par un feutrage d'adhérences solides, témoignage des poussées inflammatoires utéro-annexielles pendant plusieurs années. Le ventre

fut refermé. Trois semaines après on pratiqua une hystérectomie vaginale qui fut laborieuse à cause des adhérences de toutes sortes, à la vessie, au rectum, au péritoine.

Les suites opératoires furent excellentes.

Restait à compléter cette hystérectomie par une large colpopérinéorraphie. Mais la malade, lasse de ces interventions ou tentatives diverses, quitta brusquement l'hôpital.

Elle présente encore un prolapsus vaginal du volume d'une petite pomme et une éventration abdominale, mais continue à se bien porter.

Observation XXIII (résumée)

(Docteur Desmarest, *in Thèse de Delivet*, 1919-1920)

M^me^ veuve B..., née Del..., soixante ans, entre le 27 décembre 1915 à Laënnec pour un prolapsus utérin irréductible.

Antécédents. — Il y a un an et demi, dans la station debout, apparaît à la vulve une tumeur d'un volume d'une noix facilement réductible. Pertes blanches, sensation de fatigue générale et pesanteur dans le bas-ventre. On lui conseille l'opération, elle s'y refuse et quitte l'hôpital.

Accentuation des symptômes subjectifs, augmentation du prolapsus, marche difficilement.

Depuis trois semaines la tumeur, qui atteint le volume d'une grosse poire, est irréductible.

Depuis huit jours obligée de s'aliter. Pollakiurie et oligurie.

A l'examen, entre les grandes lèvres on voit saillir un utérus du volume d'une très grosse poire. Ventre étalé, mou.

Urines : pas d'albumine, présence du sucre.

Opération le 24 janvier 1916. Opérateur : Docteur Desmarest.

Technique de l'opérateur : 1° hystérectomie vaginale; 2° colpectomie totale; 3° périnéorraphie.

Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Suites : légère suppuration. Lever le 2 février. Sort le 3 en très bon état. Confirmation de guérison en 1917.

Observation XXIV (résumée)

(Sichel, *in Gynécologie*, 1922, t. XXI)

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, bien réglée jusqu'alors, multipare, qui, depuis 1915, avait remarqué une saillie dans la région de la vulve. Celle-ci avait grossi petit à petit et depuis quelques mois provoquait des douleurs, surtout menstruelles, avec ténesme vésical intermittent.

Examinée pour la première fois en mai 1922, la malade présente une tumeur grisâtre de la dimension du poing, sortant de la vulve, et on reconnaît aisément un prolapsus total dont la muqueuse est œdématiée et cutinisée. Le cathétérisme montre que le bas-fond de la vessie y est inclus.

La réduction de la tumeur est impossible; on a la sensation d'une résistance dure dans le bassin et le prolapsus se reproduit immédiatement.

Le toucher rectal combiné permet de sentir une tumeur intrapelvienne de la dimension d'une tête d'enfant dépassant la symphyse de trois travers de doigt, enclavée dans le bassin.

A la laparotomie on constate une tumeur bleuâtre, demi-molle, qui refoule l'utérus petit en bas et à gauche.

La tumeur est un kyste dermoïde formé aux dépens de l'ovaire droit.

L'extirpation achevée dès lors sans incident, on termine par une collofixation. Le prolapsus ne se reproduit plus.

Cette observation est intéressante par la coexistence d'un rétrécissement accentué du bassin et d'une volumineuse tumeur intrapelvienne. Le prolapsus en était la conséquence indirecte, l'utérus expulsé ayant perdu pour ainsi dire son droit de cité intrapelvienne.

D'autre part, les adhérences ont joué pour la tumeur leur rôle fixateur.

Observation XXV

(communiquée par M. G. Cotte, dans *Lyon Chirurgical*, février 1923, p. 499)

Il s'agit d'une femme de soixante et un ans qui était atteinte depuis dix ans environ d'un prolapsus génital qui avait cons-

tamment augmenté de volume. Malgré cette chute de matrice, elle avait toujours continué son travail et n'avait jamais vu de médecin. Elle n'avait jamais porté de pessaire.

Il y a une dizaine de jours environ, ce prolapsus était devenu très douloureux. Des signes d'inflammation étaient apparus, entraînant un état infectieux avec température à 39°-39° 5, ce qui décida la malade à venir à l'hôpital.

A l'entrée, on constatait immédiatement l'existence d'un prolapsus volumineux ayant au moins le volume d'une tête fœtale.

La muqueuse était rouge, ulcérée en certains points, œdémateuse en d'autres, et recouverte par des plaques de sphacèle.

Toute réduction était absolument impossible.

La malade avait une fièvre élevée; on ne pouvait donc songer à intervenir immédiatement et on se contenta de laisser la malade au lit, de faire d'abord des pansements humides, puis de la soumettre aux grands bains avec des applications de pommade à l'ichtyol dans l'intervalle.

Trois semaines après, l'apyrexie était complète; extérieurement, il n'y avait plus de signes d'inflammation; mais la réduction du prolapsus n'en était pas moins impossible. Il fallait donc renoncer à faire chez cette malade, comme on l'avait d'abord espéré, le cloisonnement du vagin. Il était absolument indispensable d'enlever cet utérus qui avait perdu droit de cité, en l'associant à une colpectomie.

L'intervention fut pratiquée le 13 juin 1923, sous rachianesthésie à la novocaïne, mais non sans de grosses difficultés.

On a constaté, pendant le décollement, un bloc inflammatoire énorme, abcédé à gauche où l'utérus faisait corps avec la paroi vaginale. Etant donné cette infiltration énorme, l'intervention fut horriblement difficile. Malgré cela les suites opératoires furent relativement simples.

Sur la pièce opératoire existait sur le côté gauche de l'utérus une masse énorme qui représentait la base du paramètre et la paroi fibro-musculaire du vagin épaissie, infiltrée. A la coupe, il y avait là, après l'intervention, de nombreux abcès qui répondaient vraisemblablement à autant de petits abcès lymphangitiques ayant eu leur porte d'entrée au niveau de la muqueuse vaginale éversée.

Observation XXVI

(M. le Professeur Lejars, dans la *Thèse de Nora*, Paris, 1924)

Mme Henriette B..., quarante-quatre ans, entrée le 8 avril 1919, sortie le 7 septembre 1919.

Prolapsus total irréductible; périnée inexistant.

Opération le 13 août 1919 : procédé de Léon Le Fort.

1° Curettage. Excision du col sur une hauteur de 5 centimètres. Cavité utérine : 18 centimètres.

2° Avivement longitudinal médian de la paroi vaginale et rectale, et suture en colonne verticale.

3° Périnéorraphie.

Résultats immédiats excellents.

Suites opératoires : conserve ses règles pendant trois mois après l'opération. Aucun incident au cours de celles-ci.

Revue le 17 octobre 1923 : se déclare très satisfaite. Bon état général. A engraissé de vingt-quatre kilogrammes. Se livre à des gros travaux de ménagère.

Observation XXVII

(de MM. Lefèvre et Mangé, publiée le 7 avril 1925)

L'observation concerne une femme de quarante-neuf ans qui eut dix grossesses. Le dernier accouchement, qui se fit à trente-deux ans, nécessita une application de forceps.

C'est après ce dernier accouchement qu'elle vit apparaître à la vulve une tumeur du volume d'un œuf de poule. A cette même époque elle fit une chute dans un escalier et ressentit « une déchirure dans les reins ». La tumeur grossit et continua dès lors de s'accroître.

Pendant dix-sept ans la malade assiste, indifférente, à l'augmentation de volume de son prolapsus, et malgré la gêne qu'elle éprouve elle ne pense pas qu'elle aurait intérêt à se faire soigner. D'ailleurs son état général reste bon. Ses règles sont normales.

Elle ne présente aucun trouble intestinal ni vésical.

Pendant les trois mois qui précèdent son entrée à l'hôpital l'augmentation de volume est telle qu'elle condamne la malade au repos complet et cette femme se décide enfin à se faire soigner.

A l'examen la malade présente un prolapsus qui atteint le volume d'une tête d'adulte. La muqueuse est rouge vineux. Il existe quatre ou cinq ulcérations superficielles limitées par un bourrelet net; leur fond est grisâtre et entouré d'un liséré rouge. La surface de la muqueuse est lisse, ses plis ont disparu. La consistance est ferme. La muqueuse adhérente a perdu toute souplesse et est très indurée.

Les tentatives faites pour réduire la tumeur sont infructueuses. La percussion montre de la matité partout, sauf au niveau du pédicule où il existe une zone de sonorité.

En palpant la face postérieure de la tumeur on fait sortir des gaz sonores et quelques matières liquides. Le rectum a donc été entraîné dans la chute de l'utérus. En effet lorsqu'on fait le toucher rectal, le doigt recourbé pénètre dans une poche dirigée vers le pôle inférieur de la tumeur.

Une radioscopie montre qu'il n'y a pas d'anses grêles dans le Douglas. Par ailleurs rien de particulier. Les deux membres inférieurs de la malade sont le siège de varices volumineuses.

Elle présente un peu de température qui disparaît avec la guérison des ulcérations. Le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 80, chiffre qui tombe peu à peu à 0 gr. 10 sous l'influence du traitement institué. A ce moment là on décide d'intervenir. Rachianesthésie. Dissection de deux lambeaux quadrangulaires sur les faces antérieure et postérieure. Hystérectomie par hémisection totale de l'utérus. On trouve des annexes volumineuses, suppurées et adhérentes. Ligature de pédicules. Fermeture du péritoine. Le cloisonnement du vagin est impossible en raison de l'épaississement et de l'induration des parois. On le remet à une autre séance ainsi que la périnéorraphie.

Pendant les quatre jours qui suivent, la température oscille entre 37° et 38°; le pouls suit la température. Mais à partir du cinquième jour la température tombe à 36° 2, tandis que le pouls monte à 126. En même temps l'urée sanguine atteint 1 gr. 50; les urines sont rares.

La malade est emportée mourante par sa famille.

Observation XXVII *bis*

(Matyas, *in Gynécologie,* 1932, p. 469)

Un cas de prolapsus de col sarcomateux à travers l'hymen avec étranglement chez une jeune fille atteinte de maladie de Basedow

Cette observation est particulièrement intéressante par sa rareté et les circonstances spéciales qui la caractérisent.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans, antérieurement bien réglée quoique avec tendances aux ménorragies, atteinte de maladie de Basedow avec la plupart de ses signes cardinaux.

Elle présentait une tumeur de la vulve récidivée après résection un peu sommaire au ras de la vulve. Actuellement, elle atteignait le volume du poing et était nettement insérée sur le col prolabé, et comme étranglé par l'anneau hyménéal.

Le toucher rectal montrait un utérus petit, en rétroflexion et un allongement du col. Il s'agissait certainement d'une tumeur maligne, probablement sarcomateuse, et pour parer aux accidents actuels (étranglement et hémorragie) on fit d'urgence une amputation du col au ras de l'hymen, à l'aide de l'anse diathermique. Le moignon se rétracta immédiatement.

L'examen histologique confirma le diagnostic de sarcome. Pour éviter une nouvelle récidive, et sans faire de préparation spéciale de la malade, on fit une hystérectomie abdominale totale sous anesthésie mixte (ascitine, éther).

Observation XXVIII

(M. Barthélemy, *in Bull. Soc. Obst. et Gyn.,* 1933, p. 98)

Une malade de cinquante-cinq ans m'est adressée d'urgence pour prolapsus génital irréductible. Cette femme, qui souffre terriblement, marche avec peine, les jambes écartées. Elle présente à l'orifice vulvaire une énorme tumeur violacée du volume de deux poings, œdémateuse, tendue, suintante, exhalant une odeur urineuse et fétide. Voici quelle est son histoire :

Elle a deux filles dont la plus jeune a vingt-cinq ans. Ses grossesses et leurs suites ont été normales. Elle est restée régulièrement réglée. Depuis une dizaine d'années les règles ont augmenté de fréquence et d'abondance. Enfin depuis deux ans elle remarque qu'à l'occasion de l'effort et en fin de journée une tuméfaction rosée apparaît à la vulve et se réduit spontanément dans le décubitus.

Brusquement, depuis la veille, à l'occasion d'un effort assez violent, la tumeur vulvaire est sortie beaucoup plus grosse qu'à l'ordinaire. Malgré la position couchée, malgré l'application de compresses chaudes, toute tentative de réduction est restée infructueuse et c'est dans ces conditions que je suis appelé à pratiquer un examen.

La tumeur est constituée par l'utérus prolabé. Le col utérin boursouflé et ulcéré occupe à peu près exactement le pôle inférieur.

Le cul-de-sac postérieur n'est nullement surdistendu comme en cas d'hydrocèle avec étranglement d'anses grêles dans le Douglas.

Au devant de la tumeur s'écoulent quelques gouttes d'urine, tandis que le globe vésical reste gros et saillant au-dessus de la symphyse, ce qui indique une incontinence par regorgement.

Il n'est pas douteux que la tumeur génitale étranglée à l'orifice vulvaire a bloqué l'urètre contre la symphyse, s'opposant à l'évacuation normale de l'urine.

On procède, à l'aide d'une sonde en gomme, au cathétérisme vésical qui permet d'évacuer 1.500 grammes d'urines.

Ecartant d'une main les lèvres de la fente vulvaire il n'est sinon facile du moins possible de procéder doucement par pression à la réduction de la tumeur qui, commencée lentement, se termine assez brusquement.

Le toucher et le palper combinés démontrent alors la présence d'un assez gros fibrome de la partie toute supérieure de l'utérus. Ce fibrome, habituellement retenu, était brusquement sorti et s'était étranglé au dehors. Le canal urétral coincé, une rétention aiguë avait eu lieu et la vessie prenant toute la place, toute réduction était devenue impossible.

Après un repos complet et prolongé on pratique une hysté-

rectomie abdominale subtotale et on finit par une ligamentopexie en fixant le moignon du col aux ligaments ronds.

Les suites ont été très simples et la malade a définitivement guéri.

Observation XXIX

(Extraite des registres de la clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot)

Mme C. M..., quarante-cinq ans, sans profession. La malade entre le 10 juillet 1937 dans la salle 32 pour une tumeur de la région vulvaire.

Antécédents : Un seul accouchement en 1920, normal, sans lésions périnéales visibles. Aucun antécédent génital. Santé excellente par ailleurs. Réglée à douze ans et très régulièrement depuis.

Histoire de la maladie : Un an après son accouchement la malade éprouve une sensation de corps étranger dans le vagin. C'est une sensation de gêne simplement sans douleur. Aucun trouble urinaire ni de la défécation.

Il y a six ans la malade remarque que quelque chose sort par la vulve, mais la réduction étant facile la malade ne porte pas de pessaire.

Le prolapsus augmente progressivement. Il y a trois ans sa réduction devient impossible.

Ne souffrant pas, la malade continue à travailler et ne se décide à venir consulter que par le fait d'apparition depuis quelques jours d'ulcérations sur le prolapsus.

A noter que depuis un an, sans avoir des troubles urinaires très nets, la malade présente cependant une pollakiurie abondante, et particulièrement en station debout où elle est forcée d'uriner toutes les cinq minutes.

Examen : La malade présente entre les cuisses une volumineuse tumeur dont la paroi rosée plissée est constituée par les parois du vagin retourné.

A la partie inférieure de cette tumeur on constate la présence de l'orifice du col. Ce dernier présente un allongement et une hypertrophie considérable.

La muqueuse du vagin est ulcérée en plusieurs endroits et suppure un peu.

La tumeur se continue à la partie supérieure :

1° En avant, sans aucun sillon de séparation avec le méat, les petites lèvres et le clitoris étalés. Le méat regarde en haut.

2° En arrière, le périnée fait suite à la tumeur sans aucune limite de séparation.

3° On ne trouve un sillon que latéralement; il est profond de 2 cm. environ.

Au toucher rectal l'ampoule rectale se dirige en avant.

Le périnée est réduit à une paroi mince dépressible à l'extrême par le doigt intrarectal.

Sur la paroi postérieure de la tumeur la palpation permet de retrouver le fond de l'utérus transversalement à mi-hauteur.

L'hystérométrie montre une cavité mesurant 10 cm.

Il semble exister une entérocèle postérieure.

La sonde vésicale est dirigée vers le bas. La vessie n'est pas dilatée outre mesure et descend à mi-hauteur de la face antérieure de la masse prolabée. Les urines sont claires, pas de polyurie.

Pour d'autres organes rien à signaler. Pression artérielle : 17-8. Indice : 3.

Epreuves de laboratoire du 12 juillet 1937 :

I. Analyse d'urine (vol. : 850) : urines troubles, sédiment léger, réaction Ph. 7, densité : 1013, urée : 15,50, albumine : traces.

II. Analyse du sang : urée : 0 gr. 32; B. W. et Meinicke négatifs.

Formule hémoleucocytaire : Hgb : 90 p. 100; hématies : 4.320.000; leucocytes : 18.400.

Image sanguine : polynuclées 73 p. 100; lymphocytes 24 p. 100; monocytes 3 p. 100.

Opération le 23 juillet par le Docteur Jean Villar, aidé par le Docteur Darmaillac, chef de clinique.

Anesthésie générale à l'éther.

On palpe soigneusement l'énorme lésion et l'on se rend compte qu'elle est constituée par un gros utérus, mais que profondément, en particulier au niveau du cul-de-sac postérieur, il ne semble pas exister d'épaississement marqué pou-

vant faire craindre des adhérences intestinales sérieuses. Le col utérin est énorme, en bouchon de champagne; malgré tous les soins préopératoires, il reste chroniquement ulcéré, la muqueuse vaginale est extrêmement épaissie autour de lui et l'œdème remonte très haut au niveau de la paroi antérieure et postérieure du vagin.

En somme, l'irréductibilité semble être le fait de lésions locales et de cet énorme col œdémateux qui a perdu le droit de domicile dans le ventre.

Le plan opératoire a consisté en une exérèse, par hystérectomie vaginale première, de la matrice, du col utérin ulcéré et du vagin malade. Dans un second temps : cloisonnement du vagin à la Le Fort. L'hystérectomie a été complète.

A noter : une colpopérinéorraphie simple n'a pas été envisagée chez cette malade vu la béance de la région vulvaire et l'extrême importance du prolapsus.

Suites opératoires : aucun shock opératoire, aucune température, suites qui eussent été tout à fait parfaites s'il n'était pas survenu vers le huitième jour une petite fistulette recto-vaginale.

En une huitaine de jours et par le traitement classique (constipation, grands lavages vaginaux), la guérison fut obtenue.

La malade quitte le service en parfait état.

Le cloisonnement a résisté à la déhiscence rectale. La malade se déclare enchantée du résultat.

Prolapsus irréductibles avec grossesse classés dans l'ordre chronologique

Observation I

(Cazeaux et Goupil, *Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 593)

Femme de vingt-six ans. Sa mère était atteinte de prolapsus.

Antécédents : première grossesse à terme. A la deuxième, fausse couche de trois mois, huit jours après la réduction de son prolapsus. Elle ne supportait pas le pessaire.

Le prolapsus est survenu vers la fin de la première grossesse qui, malgré cela, s'est terminée heureusement.

Aux trois derniers mois le prolapsus a augmenté. Constipation opiniâtre. Difficulté de la miction.

A l'examen : la tumeur a 5 centimètres de long et 13 centimètres de circonférence. La réduction ne se laisse pas opérer. Le canal cervical en ectropion mesurait 7 centimètres de long. Le vagin était inverti.

Pendant le travail de l'accouchement : écoulement prématuré des eaux au moment d'aller à la selle. La dilatation a mis quinze heures à s'effectuer. Le col resta au dehors pendant toute la durée du travail; la vulve fut dépassée avant l'orifice utérin par le fœtus.

Intervention. Repos au lit. Réduction de la tumeur au lendemain de l'accouchement. L'enfant vivant. Huit jours après la sortie, reproduction de l'utérus dont la réduction ne se maintient pas.

Observation II

(Needon, *Monatsch. f. Geburtskunde*, B. XXIII, 1864, p. 222)

Il s'agit d'une femme de trente-six ans, secondipare.

Le dernier accouchement date de cinq ans et s'est accompagné d'une déchirure du périnée.

Le prolapsus est survenu après le premier accouchement.

Le prolapsus était faible pendant la grossesse. Accouchement à terme.

Pendant le travail le prolapsus augmenta. La tumeur atteignit le volume d'une tête d'enfant.

Intervention. L'utérus était maintenu de deux côtés, pendant toute la durée du travail, et facilement réduit après la délivrance.

Observation III

(Frogë, *Revue de Thérap. méd. chir.*, 1865, p. 422-430)

Il s'agit d'une secondipare.

La première grossesse s'est terminée par un avortement de trois mois il y a dix-huit mois.

L'abaissement simple de l'utérus sans tumeur extérieure paraît dater du troisième mois de la grossesse actuelle.

Pendant la dernière grossesse, douleurs de reins, pesanteur dans le bassin. Troubles dans la miction et défécation à la fin de la grossesse.

Pendant le travail, à la suite d'une forte contraction, la matrice fut chassée dehors et descendit jusqu'aux genoux. Les contractions s'arrêtèrent. L'orifice, qui était dilaté à ce moment de 3-4 centimètres, ne se dilata plus.

Intervention : incisions multiples sur le col. Application du forceps pendant qu'un aide maintenait l'utérus.

L'enfant a succombé vingt-quatre heures plus tard.

Observation IV

(Naudin fils, *Traité pratique de l'art des accouchements,* par Chailly Honoré, Paris, 1867, p. 423)

Troisièmipare. Le prolapsus survient pendant l'accouchement actuel au milieu des plus vives douleurs et de très violents efforts d'expulsion.

L'utérus expulsé est plus grand qu'une tête de fœtus.

Dilatation lente graduelle de l'orifice.

L'accouchement, abandonné à la nature, s'est terminé spontanément en une seule douleur. Enfant vivant. Délivrance naturelle.

La matrice fut réduite facilement après la délivrance.

Suites des couches : dans un effort de miction, la matrice sortit de nouveau après avoir été réduite après l'accouchement.

L'utérus fut réduit après son second prolapsus pendant les suites de couches. Il ne se reproduit plus depuis.

Observation V

(Lindemann, *Allg. medic. Zentral. Zeit.,* 1878, n° 102)

Multipare, quarante ans.

Le prolapsus est survenu pendant l'accouchement actuel, vingt-quatre heures après le début du travail.

Après vingt-quatre heures de travail, l'orifice utérin est

dilaté de 5 centimètres. Contractions tétaniques de l'utérus. Pouls petit, faible; sueurs froides. On n'entendait pas les bruits du cœur de l'enfant.

Intervention. L'application du forceps impossible; craniotomie. Extraction du crâne avec le doigt. Réduction de l'utérus ensuite.

Suites de couches normales.

Observation VI

(W. W. Walker, *New-Orleans Med. and Surg. Journ.*, 1879, mars)

Secondipare de vingt-six ans.

Le prolapsus est survenu pendant l'accouchement actuel.

Le travail dure depuis deux jours; à chaque contraction la tête sort de 3 centimètres de l'orifice utérin. La partie prolabée de l'utérus mesure 14 centimètres de longueur.

Intervention : application du forceps en repoussant avec la main gauche le col utérin en haut. Réduction du prolapsus après la délivrance.

Enfant vivant. Suites de couches normales.

La malade se rétablit peu de temps après.

Observation VII

(Ferd. Ant. Spancken, *Arch. f. Gynäk.*, B. XVII, 1881, p. 128)

Trente-cinq ans. Sixième grossesse.

L'abaissement de l'utérus paraît s'être produit pendant la deuxième grossesse après huit jours de constipation. Mais le vrai prolapsus s'établit au huitième mois de la troisième grossesse en soulevant un lourd fardeau.

Au quatrième mois des quatrième et cinquième grossesses, le prolapsus disparaissait spontanément par suite de l'élévation de l'utérus.

Ancienne déchirure complète du périnée. Cystite catarrhale.

Pendant le travail, à huit mois et demi de la grossesse, l'utérus d'un brun noirâtre descendait jusqu'au tiers inférieur

des cuisses. La tête, les épaules et le tronc se trouvaient en dehors du bassin.

Intervention : deux incisions sur le bord de l'orifice de 3 centimètres chacune. Version podalique en faisant tenir l'utérus par la sage-femme pour avoir un point d'appui. Réduction du prolapsus après la délivrance.

Six semaines après l'accouchement, on met dans le vagin de la femme un pessaire de Zwank-Schillinq.

Enfant mort. Suites de couches normales.

Observation VIII

(Percy Boulton, *Brit. Med. Journ.*, 1882, 11 mars, p. 340)

Le prolapsus est survenu au troisième ou premier mois sans pouvoir être réduit.

L'utérus prolabé continuait à se développer jusqu'au terme de la grossesse. L'utérus descendait alors jusqu'aux jarrets, comme un pis de vache.

L'enfant et le placenta sont sortis au dehors sans traverser le bassin.

Le travail fut court et facile.

Observation IX

(Francisco, *El Siglo Med.*, 30 janvier 1887, *in Thèse de Gorodichze*)

Primipare de vingt-trois ans.

Le prolapsus est survenu pendant l'accouchement, au moment où le col avait une dilatation d'une pièce de deux francs, à la suite d'une forte contraction.

La malade à terme. Rigidité du col.

Intervention : deux incisions de chaque côté du museau de tanche. Extraction de l'enfant. Réduction après la délivrance.

Délivrance artificielle. Suites de couches normales.

Observation X

(Laffont et Bonafos, *in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1934, p. 506)

Le 27 février 1934 entre à la Maternité d'Alger, venant de Ménerville, une femme en travail depuis plus de trente-quatre heures.

C'est une indigène de trente-cinq ans environ, dixièmipare, qui, pour la première fois, présente une complication au cours de l'accouchement.

Cette femme présentait, avant sa grossesse, un prolapsus utérin complet qu'elle maintenait grâce à de gros tampons de coton ou de chiffon introduits dans le vagin. La grossesse survenant, le prolapsus fut partiellement réduit, le museau de tanche n'apparaissant à la vulve qu'à l'occasion d'efforts. Quand le travail survint, la malade vit s'extérioriser une importante masse charnue, d'abord rougeâtre, puis noirâtre, qui, augmentant de volume et devenant douloureuse, devait la conduire au médecin de sa localité, puis à l'hôpital de Mustapha où nous avons pu l'examiner.

Elle était pâle, fébricitante (38°) et souffrait de façon continue. La paroi abdominale, couverte de vergetures, moulait un utérus ovoïde, mesurant 38 centimètres, au-dessus du pubis, en état de pré-rupture.

Le syndrome de Bandl-Fromel était au complet avec utérus contracté en permanence, bilobé, en sablier, et tension excessive et douloureuse des ligaments ronds tendus comme des cordes. La présentation était céphalique. La tête, parvenue dans l'excavation, ne pouvait progresser à cause d'un important prolapsus étranglé. La femme avait un utérus extériorisé en partie, formant à la vulve un véritable bouchon charnu ayant les dimensions d'un gros melon.

Cette masse rougeâtre présentait des suffusions hémorragiques, de la congestion diffuse, des éclatements muqueux saignants.

Sur la face antérieure, en haut de cette masse, on notait une saillie de consistance moins dure, de coloration rosée avec des plis muqueux transversaux. On croit qu'il s'agit d'une

cystocèle. La disparition du cul-de-sac vaginal antérieur que met en évidence l'exploration manuelle de la tumeur ainsi que le cathétérisme de la vessie confirment cette présomption.

Sur la face postérieure de la tumeur, le cul-de-sac vaginal a disparu; le vagin ayant été retourné en doigt de gant et la masse tumorale étant basculée contre la symphyse pulvienne, on peut voir une très importante rectocèle vraie dont l'existence et le degré peuvent être facilement appréciés par le toucher rectal.

L'ensemble du prolapsus ainsi extériorisé mesure 16 cm. de long en avant, 12 en arrière et est d'un diamètre de 15 cm.

L'état de la mère étant altéré, l'accouchement spontané impossible, la rupture utérine imminente, on décide d'intervenir dans l'intérêt commun de la mère et de l'enfant dont les bruits du cœur sont perçus réguliers et accélérés.

Sans anesthésie aucune, tant l'état de la parturiente paraît précaire, on décide de tenter l'accouchement par voie basse sous réserve de recourir à l'hystérectomie précédée ou non de césarienne, si l'accouchement par voie basse est impossible ou délabrant.

On pratique alors deux incisions du col que l'on fait remonter à 3 cm. au-dessus de l'insertion vaginale. Ces incisions ne sont pas faites médianes à cause des cystocèle et rectocèle étranglées que nous jugeons prudent d'éviter en passant latéralement.

On fit alors une application de Démelin oblique quant à la mère et, quant au fœtus, après une légère rotation transformant la variété de position O. I. G. T. en O. P., on put amener la tête à la vulve.

Après désarticulation et grâce à la manœuvre d'Herbiniaux on parvint à extraire un enfant du sexe masculin pesant 3 kg. 800.

Une importante hémorragie par inertie utérine au cours de la délivrance est jugulée par l'extraction manuelle du délivre, une injection intrautérine au Tarnier et des injections d'ergotine et d'hypophyse.

On termine par la mise en place de compresses imbibées de bouillon lactique sur la plaie opératoire et sur toute la masse extériorisée. Le lendemain l'état général est toujours altéré;

on hésite entre l'abstention et l'amputation du col pour finalement être abstentionnistes et préconiser le pansement intra et extra-utérins au filtrat-vaccin.

Les suites opératoires, mouvementées pendant trois jours, s'améliorent rapidement et le sixième jour tout danger paraît définitivement écarté; par la suite et d'une façon relativement rapide, le prolapsus a regressé, *s'est réduit* et la femme a pu quitter le service le 17 mars 1934, soit dix-huit jours après son opération.

Observation XI

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le Professeur J. Guyot)

(Prolapsus génital irréductible, utérus gravide, avortement)

M^me^ X..., trente-huit ans, domestique, vient consulter pour une volumineuse tumeur de la région vulvaire.

Sans antécédents personnels ni héréditaires notables.

Premières règles à quatorze ans, régulières, non douloureuses. Mariée à vingt-deux ans : trois grossesses normales à vingt-trois, vingt-six et trente ans; trois enfants vivants.

Accouchements normaux mais rapides, *lever précoce* au huitième ou dixième jour.

Histoire de la maladie : La malade raconte que la tumeur qu'elle présente à la vulve est venue progressivement sans douleur notable mais avec troubles vésicaux, surtout dans la station debout.

Depuis trois mois, arrêt des règles; augmentation progressive de volume de la tumeur qui devient irréductible.

A l'examen on note un prolapsus complet avec col ramolli et utérus globuleux, irréductible. Seins positifs.

Le diagnostic de grossesse dans un prolapsus irréductible est fait sans difficultés. Nous avons appris que quelques jours après un avortement spontané eut lieu sans suites notables.

CONCLUSIONS

I. — Les prolapsus utérins irréductibles sont plus nombreux dans le passé fixé dans les livres poussiéreux de nos bibliothèques; cela souligne d'autant l'inédit et la curiosité de cas nouveaux ajoutés à notre dossier et explique d'autre part le progrès de l'hygiène du public, de son désir plus précoce de consultation et d'intervention libératrice.

II. — Notre schéma étiologique permet de distinguer trois causes principales de l'irréductibilité de l'utérus prolabé :

1° Causes mécaniques :

a) les calculs vésicaux;

b) les tumeurs utérines ou préutérines : fibrome, kyste dermoïde.

2° Causes inflammatoires :

a) infection de la muqueuse utérine et des annexes entraînant la rétroversion adhérente;

b) les adhérences péritonéales.

3° Etranglement externe de l'utérus, phénomène brusque, aigu ou dû au contraire à une congestion intense suivie d'œdème inflammatoire (Rôle des ulcérations comme porte d'entrée).

Signalons enfin des causes lointaines comme les affections gynécologiques, les travaux pénibles et le lever précoce.

III. — Le mécanisme de l'irréductibilité a, d'une part, ses racines dans les troubles de vascularisation et les processus hypertrophiques en conséquence, en ce qui concerne l'utérus; le péritoine, d'autre part, siège d'une inflammation adhésive et la vessie favorisant la stase par la cystocèle créent des conditions favorables à cette infirmité.

IV. — La symptomatologie subjective de l'utérus prolabé irréductible est caractérisée par la douleur, les troubles de la miction et la gêne de la marche. L'organe prolabé ulcéré, douloureux est irréductible même sous l'anesthésie. Le prolapsus irréductible s'enflamme, s'étrangle et se sphacèle; il peut être à l'origine de l'infection du rein.

V. — La grossesse évoluant dans l'organe irréductible se comporte au début souvent comme indésirable, d'où avortement; mais quelquefois s'achemine vers le terme en augmentant le prolapsus. L'irréductibilité se produisant vers la fin de la grossesse est dramatique et peut nécessiter une intervention chirurgicale.

VI. — Le diagnostic de l'irréductibilité définitive doit être conduit avec prudence. La grossesse dans cet état de l'utérus est souvent difficile à mettre en évidence, il faut donc attendre les signes de certitude.

VII. — La cure des utérus irréductibles et sans grossesse sera dictée par les causes de cette irréductibilité, d'une part, et l'état de l'utérus, d'autre part.

Les obstacles mécaniques exigent leur suppression qui sera toujours suivie d'une cure plastique du prolapsus.

Les autres causes de l'irréductibilité définitive nécessitent l'hystérectomie vaginale suivie de l'opération complémentaire plastique : la colpopérinéorraphie ou bien le cloisonnement du vagin à la Le Fort.

La conduite à tenir dans les prolapsus utérins irréductibles et gravides est dirigée par l'état de la mère; s'il existe un danger pour elle il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré pour pouvoir réduire l'utérus sain.

La grossesse cependant dans un utérus infecté ou adhérent est une indication impérieuse pour l'hystérectomie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
LABAT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 Décembre 1939.
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

Ardilouze. — De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin. *Thèse de Paris,* 1903.

Asch. — *Arch. f. Gynäk.* Bd XXXI, p. 198, 1889.

Austry. — Traitement des prolapsus génitaux. *Thèse de Bordeaux,* 1923.

Baillis. — Les suppurations pelviennes et leur traitement par l'hystérectomie vaginale. *Thèse de Paris,* 1929.

Baldy. — Etranglement aigu de l'utérus prolabé *in Gynécologie,* 1898, t. I.

Barthélemy. — Etranglement ext. de l'utérus. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris,* 1933, p. 98.

Bellicaud. — De l'hystérectomie vaginale totale dans quelques cas de prolapsus utérin. *Thèse de Paris,* 1893-94.

Beyea. — Un cas de septicémie aiguë avec étranglement d'un utérus prolabé. Trad. par Cazenave *in Gyn.,* 1898, t. II.

Bezier. — Prolapsus de l'utérus gravide. *Thèse de Bordeaux,* 1919.

Boeckel (A.). — Quelques considérations sur un cas de prolapsus génital irréductible à la suite de lithiase vésicale. *Gazette méd. de Strasbourg,* 1910, LXIX, 17-22.

Boeckel (J.). — Traitement des prolapsus génitaux chez les vieilles femmes. *Gaz. méd. Strasb.,* 1897.

Bonnet-Laborderie. — Un cas de prolapsus complet de l'utérus. *Journ. des Sc. méd. Lille,* p. 469, 1907.

Bouchut. — Thérap. des prolapsus génitaux. *Thèse de Lyon,* 1913-14.

Boursier. — Précis de gynécologie. Paris, 1913.

Caffeau. — Contribution à l'étude du traitement du prolapsus utérin sénile. *Thèse de Paris,* 1924.

Campell. — Hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.,* vol. 33, n° 2, févr. 1937, p. 209.

Cotte. — De la colpectomie totale associée à l'hystérectomie dans le traitement des prolapsus des femmes âgées. *Lyon chirurgical,* février 1923, p. 498.

Cotte. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris,* 1923, p. 909.

Delivet. — Colpectomie totale. *Thèse de Paris,* 1919-20.

Faivre. — Prolapsus de l'utérus gravide. *Thèse de Paris,* 1890.

Faure (A.). — Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide. *Thèse de Lyon,* 1912.

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. Paris, 1911.

Forgue et Massabuau. — Traité de chirurgie, t. XLIII, 2e édit., Paris, 1927.

Gauja. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin. *Thèse de Bordeaux,* 1888-89.

Gorodichze. — Prolapsus de l'utérus gravide. *Thèse de Paris,* 1888-89.

Goullioud. — A propos du traitement du prolapsus utérin. *Lyon Chir.,* février 1923, p. 502.

Jagot. — La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux. *Thèse de Paris,* 1929.

Jardin. — L'hystérectomie vaginale pour le prolapsus utérin total. *Thèse de Paris,* 1901.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie, 4e édit., Paris, 1914.

Laffont et Bonafos. — Un cas de prolapsus utérin étranglé au cours de l'accouchement. *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.,* 1934, p. 506.

Lamand. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. *Thèse de Lille,* 1894-95.

LANIQUE. — L'hystérectomie vaginale totale dans les prolapsus utérins complets. *Thèse de Nancy,* 1894-95.

LECOMPTE. — Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale. *Thèse de Paris,* 1893-94.

LEFÈVRE et MANGÉ. — Un cas de prolapsus génital irréductible. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.,* 1925, p. 463.

MATYAS. — Un cas de prolapsus avec étranglement. *Gynécologie,* 1932, p. 469.

— *Zentr. f. Gyn.,* 1931, n° 37.

NORA. — Prolapsus génital total chez les femmes âgées. *Thèse de Paris,* 1924.

POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire. Masson & C^ie^, édit., Paris, 1905.

PROUST et CHARRIER. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme. Masson, édit., Paris, 1922.

RICHE. — *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris,* 1906, t. VIII, février, p. 86.

SAVARIAUD. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris,* 1923, p. 1059, t. XLIX.

SCHULTZE. — Traité de déviations utérines. Paris, 1884, p. 372.

THOMAS. — *Bull. Soc. Chir.,* 1884, p. 321.

TRELAT. — Prolapsus des organes génitaux. *Annales de Gyn.,* septembre 1888, p. 174; mai 1888, t. XXIX, p. 321.

VARNIER. — *Annales de Gyn.,* t. XXIV, septembre 1885, p. 201.

ZLATANOWITCH. — Traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées. *Thèse de Toulouse,* 1923.

ZOLOTNITSKY. — L'hystérectomie vaginale. *Thèse de Paris,* 1893-94.

Bordeaux. — Imprimerie E. Drouillard, place de la Victoire, 3.